This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

**Usage guidelines**

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

**About Google Book Search**

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

UC San Francisco LIBRARY
UNIVERSITY OF CALIFORNIA · UNIVERSITY OF CALIFORNIA

UC San Francisco LIBRARY
UNIVERSITY OF CALIFORNIA

UC San Francisco LIBRARY
UNIVERSITY OF CALIFORNIA · UNIVERSITY OF CALIFORNIA

# ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
# PSYCHIATRIE
UND
# PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

**BONHOEFFER** BRESLAU — **CRAMER** GÖTTINGEN — **v. GRASHEY** MÜNCHEN — **KREUSER** WINNENTAL — **PELMAN** BONN — **SCHÜLE** ILLENAU

DURCH

**HANS LAEHR**
SCHWEIZERHOF

---

FÜNFUNDSECHZIGSTER BAND
ERSTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 5. MÄRZ

BERLIN
W. 35 LÜTZOWSTRASSE 107-8
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1908

...lich ein Band von 7 Heften (6 Hefte Originalien und 1 Heft Literaturbericht). Preis M. 30.—.

***Statt Eisen!*** ***Statt Lebertran!***

# Hæmatogen Hommel

## völlig alkohol- und ætherfrei.

Frei von **Borsäure, Salizylsäure** oder **irgendwelchen** sonstigen antibakteriellen Zusätzen, enthält außer dem völlig reinen Hæmoglobin noch sämtliche Salze des frischen Blutes, **insbesondere auch die wichtigen Phosphorsalze** (Natrium, Kalium und **Lecithin**), sowie die nicht minder bedeutenden Eiweißstoffe des Serums in konzentrierter, gereinigter und **unzersetzter** Form. **Als blutbildendes, organeisenhaltiges diätetisches Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene** bei Schwächezuständen **irgendwelcher Art** von hohem Werte.

### Besonders unentbehrlich in der Kinderpraxis

Kann als diätetisches, die tägliche Nahrung ergänzendes Mittel jahraus, jahrein ohne Unterbrechung genommen werden. Da es ein natürliches organisches Produkt ist, treten **niemals** irgendwelche Störungen auf, **insbesondere nicht** der bei längerem Gebrauche von **künstlichen Eisenpräparaten** unvermeidliche **Orgasmus.**

☛ **Große Erfolge** bei **Rachitis, Skrofulose, Anæmie, Frauenkrankheiten, Neurasthenie, Herzschwäche, Malaria, frühzeitiger Schwäche der Männer, Rekonvaleszenz (Pneumonie, Influenza** etc. etc.).

☛ **Vorzüglich wirksam bei Lungenerkrankungen als Kräftigungskur. Sehr angenehmer Geschmack. Wird selbst von Kindern außerordentlich gern genommen. Stark appetitanregend.**

Hæmatogen Hommel zeichnet sich vor seinen Nachahmungen aus durch

**unbegrenzte Haltbarkeit in vieljährig erprobter Tropenfestigkeit und Frostsicherheit, absolute Sicherheit vor Tuberkelbazillen**

gewährleistet durch das mehrfach von uns veröffentlichte, bei höchstzulässiger Temperatur zur Anwendung kommende Verfahren. Diese Sicherheit geht insbesondere den auf kaltem Wege (Äther etc.) dargestellten Präparaten völlig ab.

Um Unterschiebung von Nachahmungen zu vermeiden, bitten wir,

**stets Hæmatogen Hommel zu ordinieren.**

**Tages-Dosen:** **Säuglinge** 1—2 Teelöffel mit der Milch gemischt (Trinktemperatur!), **größere Kinder** 1—2 Kinderlöffel (rein!!), **Erwachsene** 1—2 Eßlöffel täglich vor dem Essen, wegen seiner eigentümlich stark appetitanregenden Wirkung.

Verkauf in Originalflaschen **à 250 g.**

Versuchsquanta stellen wir den Herren Ärzten gern frei und kostenlos zur Verfügung.

**Nicolay & Co.,** **Hanau a. Main.** **Zürich.** **London, E. C. 36 & 36 a, St. Andrew's Hill.** **St. Petersburg, Smolenskaja 33.**

**Vertretung für Nord-Amerika: Lehn & Fink.**

# Über Dementia praecox, insbesondere die paranoide Form derselben[1]).

Von

Dr. **O. Kölpin.**

Wenn man den Begriff der Dementia praecox so weit faßt, wie dies *Kraepelin* und seine Schule tun, so stellt diese Erkrankung prozentualiter wohl den größten Bestandteil aller Psychosen dar. Das macht sich bemerkbar nicht so sehr in den Stadtasylen und Kliniken, von wo die Kranken in der Regel, vielfach ohne daß bereits eine definitive Diagnose zu stellen möglich gewesen, wieder weiterbefördert werden, als besonders in d e n Anstalten, die auch die chronisch Kranken, die Unheilbaren verpflegen müssen. Da diese Anstalten meist einen bestimmten Aufnahmebezirk haben, so ist namentlich bei einer ziemlich seßhaften ländlichen Bevölkerung mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß die große Mehrzahl entlassener Kranken, die später wieder anstaltsbedürftig werden, derselben Anstalt wieder zugeführt werden. So ist es erklärlich, daß besonders die Endzustände der Dementia praecox in den Pflegeanstalten in außerordentlich reichem Maße vertreten zu sein pflegen, und deshalb wird die klinische Psychiatrie gerade mit Rücksicht auf diese Zustände in erster Linie auf die Mitarbeit solcher Anstalten angewiesen sein. In der Tat existieren auch schon eine Reihe von Arbeiten, in denen das Dementia praecox-Material der einen oder andern Anstalt in statistischer oder klinischer Hinsicht einer Sichtung unterzogen worden ist. Ich will u. a. hier nur nennen die Arbeiten von *Bertschinger*[2]),

[1]) Aus der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Andernach a. Rh. (Direktor San.-R. Dr. *Landerer*).

[2]) Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 58, S. 269.

*Aschaffenburg* [1]), *Jahrmärker* [2]), *Schott* [3]) und *Albrecht* [4]). Immerhin erscheint auf diesem Gebiete noch viel zu tun übrig, und deshalb hielt ich es für angebracht, das Krankenmaterial, was mir die hiesige Anstalt bot, namentlich auch in klinischer Hinsicht, einer Bearbeitung zu unterziehen. In der Erwägung, daß es nicht so sehr auf die Zahl der Fälle, wie auf eine genaue Kenntnis der betreffenden Kranken ankommt, habe ich nur Fälle verwertet, die ich selbst zu sehen und zu untersuchen Gelegenheit hatte; denn nur unter dieser Bedingung erschien mir eine einheitliche Beurteilung des Materials möglich. Es handelt sich nur um Kranke weiblichen Geschlechts, und zwar um alle die Fälle von Dementia praecox, die im Februar 1907 in der hiesigen Anstalt behandelt worden sind. Alle diejenigen Fälle, bei denen eine Diagnose noch nicht sicher gestellt werden konnte, sowie solche mit ungenügender Anamnese wurden nicht berücksichtigt. Mit diesen Einschränkungen war ich in der Lage, gerade 100 Fälle zu verwerten.

Eine nicht geringe Schwierigkeit bot sich mir ebenso wie auch den meisten früheren Bearbeitern dieses Themas bei der Notwendigkeit, die Fälle unter einer der drei von *Kraepelin* aufgestellten Formen der Dementia praecox unterzubringen. Die Mehrzahl der Fälle war ja wohl ohne weiteres unterzubringen, aber bei einer ganzen Reihe war dies nicht so leicht, und bisweilen, wenn ich so sagen darf, reine Geschmackssache. Die Schwierigkeiten lagen besonders in der Abgrenzung der hebephrenischen von der katatonischen, gelegentlich auch von der paranoiden Form, während die beiden letzteren stets gut auseinanderzuhalten waren. Bei der Einteilung der Fälle habe ich mich möglichst bemüht, mich an die *Kraepelin*schen Definitionen zu halten, und habe sowohl dem Verlauf wie auch dem Endausgang der Erkrankung möglichst gerecht zu werden versucht. So habe ich z. B. Fälle, in deren Verlauf ein typischer katatonischer Stupor oder Erregungszustand aufgetreten war, zur Katatonie gerechnet, auch wenn der Endausgang sich mehr der hebephrenischen Verblödung näherte; und chronisch sich entwickelnde Fälle mit dem Endausgang

[1]) Ebenda Bd. 54, S. 1004.
[2]) Zur Frage der Dementia praecox. Eine Studie. Halle 1903.
[3]) Monatsschrift für Psychiatrie Bd. 17, Ergänz.-H. S. 99.
[4]) Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 62, S. 659.

in den bekannten katatonischen Symptomenkomplex habe ich ebenfalls der Katatonie zurechnen zu müssen geglaubt. Bei Berücksichtigung dieser Grundsätze stellte sich die Anzahl der hebephrenischen Fälle auf 31, die der katatonischen auf 30 und die der paranoiden auf 39.

Kommen wir nun zu den eigentlichen Ergebnissen der Arbeit.

Was zunächst die Ätiologie anbelangt, so fand ich bei meinen Kranken erbliche Belastung in 50 % aller Fälle; das ist erheblich weniger wie *Kraepelin*, der 70 %, und *Bertschinger* (a. a. O.), der 74,3 % fand. *Lomer*[1]) hat sogar 90,86 % Belastung gefunden. Wenn ich zu niedrigeren Zahlen gelangt bin, so liegt dies zum größten Teil wohl daran, daß ich als Belastung nur Trunksucht der Eltern und ausgesprochene Geisteskrankheit in der Aszendenz bzw. in Nebenlinien gerechnet habe. Angaben über Nervosität, auffallende Charaktere usw. bei den Eltern habe ich nicht verwertet, da mir diese Begriffe in der Wertschätzung von Laien, die uns ja gewöhnlich die Anamnesen liefern, doch gar zu dehnbar erschienen. Was die erbliche Belastung bei den einzelnen Gruppen anbelangt, so war sie am stärksten bei der katatonischen Form mit 61,9 %; es folgen die hebephrenische mit 45,2 % und die paranoide mit 43,6 %. *Lomer* (a. a. O.) hat darauf aufmerksam gemacht, daß Fälle, die in späteren Jahren erkrankt sind, eine geringere Belastung zeigen. Diese Erfahrung konnte ich bestätigen, wenn ich auch keine so erheblichen Unterschiede wie *Lomer* fand. Bei meinen Fällen, in denen der Beginn der Erkrankung vor das 36. Jahr fiel, betrug die Belastung 54,3 %, bei den späteren nur 40 % (bei *Lomer* jenseits des 36. Jahres nur 28,5 %).

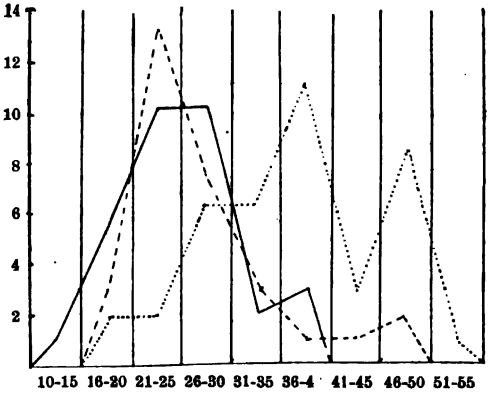
Angaben über auslösende Ursachen der Erkrankung fanden sich in 33 Fällen. Am häufigsten fanden sich erwähnt psychische Shoks der verschiedensten Art, unter denen, wie bei Frauen ja weiter nicht zu verwundern, unglückliche Liebe usw. eine große Rolle spielten; derartige psychische Momente fanden sich erwähnt bei der hebephrenischen Form 8 mal, bei der katatonischen 5 mal und bei der paranoiden 3 mal. Als nächsthäufige Ursache kommen Partus in Betracht: bei der hebephrenischen und paranoiden Form je 1 mal, bei der katatonischen 5 mal. Diese ätiologische

[1]) Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 62, S. 387.

Bedeutung des Partus für die Katatonie ist recht bemerkenswert. Schließlich waren als auslösende Momente noch genannt: 2 mal Uterinleiden, je 1 mal Scarlatina, Typhus, Pleuritis, Laktation, Operation (?) und Verletzung des Brustkorbes.

Imbezillität bzw. auffallend schlechte Begabung lag in 5 Fällen vor.

Das Alter beim Beginn der Erkrankung wird durch die beigegebene Kurve demonstriert, auf der die Zahlen auf der Abszisse die Anzahl der Jahre, die auf der Ordinate die Anzahl der Fälle angeben.




——— Hebephrenische
- - - - - - - - Katatonische
..... Paranoide
} Formen.

Bei der hebephrenischen Form setzte der früheste Beginn der Erkrankung im 14. Jahre ein, der späteste im 38. Jahre. Die Kurve steigt ziemlich schnell an, erreicht ihren Höhepunkt zwischen dem 26. und 30. Jahre, behält diese Höhe auch noch während des nächsten Quinquenniums bei und sinkt dann schnell wieder.

Bei der katatonischen Form zählte der jüngste Fall beim Beginn 17, der älteste 48 Jahre. Die Kurve erhebt sich sofort sehr steil zu dem Maximum, das zwischen das 21. und 25. Jahr fällt und sinkt dann fast ebenso schnell wieder, erreicht ihren Endpunkt aber erst jenseits des 45. Jahres.

Bei der paranoiden Form liegen die Grenzen der Erkrankung zwischen dem 16. und dem 51. Jahre. Die Kurve steigt hier nur

langsam zu ihrem Höhepunkt, der zwischen dem 36. und 40. Jahre liegt, sinkt dann erheblich, um aber sofort wieder nicht unbeträchtlich zu steigen, so daß ein zweites, allerdings geringeres Maximum zwischen dem 45. und 50. Jahre zustande kommt; dann fällt die Kurve sofort ab.

Das Durchschnittsalter beim Beginn der Erkrankung betrug für die drei Gruppen 25,4, 27,1 und 37,1 Jahre.

Meine an der Hand dieser Kurven gewonnenen Resultate liefern nun wiederum die Bestätigung für einen früheren Beginn und ein minder spätes Vorkommen der hebephrenischen Formen gegenüber den katatonischen. Daß beide in typischer Weise jenseits des Entwicklungsalters, die katonischen sogar direkt im Rückbildungsalter vorkommen können, ist heute ja allgemein anerkannt und braucht wohl kaum noch betont zu werden. Während die Kurven für die beiden ersten Formen im wesentlichen denselben Verlauf zeigen, macht sich eine erhebliche Differenz beider gegenüber der Alterskurve der paranoiden Form bemerkbar. Daß diese letztere vielfach den späteren Lebensjahren angehört, ist ja bekannt; dies kommt namentlich auch bei dem um 11,7 bzw. 10 Jahre höheren Durchschnittsalter beim Beginn der Erkrankung zum Ausdruck. Ebenso wie *Bertschinger* (a. a. O.) und *Albrecht* (a. a. O.) konnte ich mit aller Deutlichkeit ein Häufigerwerden der Fälle in dem Jahrfünft von 45—50 Jahren feststellen; der Einfluß des Klimakteriums ist hier wohl unverkennbar.

Gehen wir nun zu den einzelnen klinischen Bildern innerhalb der drei Gruppen über.

Bei der hebephrenischen Form (31 Fälle) finden wir zunächst das von *Diehm*[1]) als „Dementia simplex" beschriebene Krankheitsbild neunmal vertreten. Ganz allmählich entwickelte sich hier ohne weitere psychotische Symptome ein Schwachsinn, der indes nie zu den schweren Formen der Verblödung vorschritt. Gewöhnlich treten die Kranken wenig in die Erscheinung; sie sind ziemlich stumpf, ohne alle weitergehenden Wünsche und Interessen, zeigen gelegentlich eine erhebliche Reizbarkeit. Gewöhnlich sind sie zu mechanischen Arbeiten noch ganz gut zu gebrauchen. Eine meiner Kranken zeigte eine mehr versatile Form des Schwachsinns, mußte sich stets irgendwie betätigen, schwatzte fast andauernd.

---

[1]) Archiv für Psychiatrie Bd. 37, S. 111.

Während man im allgemeinen annimmt, daß diese Form der Erkrankung als fast spezifisch für die Pubertätszeit anzusehen ist (*Wernicke*, *Schüle*, *Trömner*), konnte ich diese Erfahrung bei meinen Fällen nicht bestätigen: nur bei dreien fiel der Beginn vor das 20. und bei zwei weiteren vor das 25. Jahr; der älteste Fall erkrankte erst mit 30 Jahren. Ich will dabei aber gern zugeben, daß ein früherer Beginn der Erkrankung, wie in der Anamnese angegeben, sehr wohl möglich ist; ist doch die Entwicklung dieser Demenz meist eine ganz schleichende, und ceteris paribus wird die geistige Veränderung bei einer Frau nicht so bald auffallen wie bei einem Manne, der im allgemeinen im sozialen Leben sich doch viel intensiver zu betätigen hat. Die Zeit vom Beginn der Erkrankung bis zur Unterbringung der Erkrankten in eine Anstalt schwankte zwischen 2 und 38 Jahren. Zu Remissionen neigt die Dementia simplex augenscheinlich nicht; auch in meinen Fällen war der Verlauf stets ein kontinuierlicher.

In den übrigen 22 zu der hebephrenischen Form gehörigen Fällen entwickelte sich die Störung ebenfalls fast stets recht allmählich, nur in zwei Fällen war sie als subakut zu bezeichnen. Die Erkrankung verlief in der Regel derart, daß sich Schritt für Schritt eine weitgehende Veränderung der gesamten psychischen Persönlichkeit entwickelte. Die Kranken verloren das Interesse an ihrer Beschäftigung, kümmerten sich nicht mehr um Mann und Kinder, besorgten den Haushalt nicht mehr, benahmen sich auffallend, trieben sich umher, vernachlässigten sich in der Kleidung, wurden sehr reizbar. In reichlich der Hälfte der Fälle kam es, meist ziemlich im Beginn der Erkrankung, aber gelegentlich auch bei schon längerem Bestehen derselben, zur Bildung von Wahnideen, und zwar ganz vorwiegend im Sinne der Verfolgung; Beziehungswahn und Sinnestäuschungen waren dann in der Regel ebenfalls anzutreffen. Selten bestanden die beiden letztgenannten Symptome für sich allein, ohne daß es zur Ausbildung eigentlicher Wahnideen kam. Nur in einem Fall wurden Größenideen festgestellt; hypochondrische Vorstellungen waren ebenfalls nicht sehr häufig. Bei einer kleinen Anzahl von Fällen (vier) bestand im Anfang ein ängstlich gefärbter Depressionszustand, in dem es bisweilen zu Sinnestäuschungen und zum Auftreten von Versündigungs- und Verfolgungswahnvorstellungen kam. Der Affekt trat stets recht bald zurück. Auch die Wahnideen waren, wenn über-

haupt, stets nur anfangs affektbetont; teils verschwanden sie bald wieder, teils blieben sie, dann meist zusammen mit Sinnestäuschungen, noch jahrelang bestehen; zu einer wirklichen Systematisierung aber kam es auch dann nie.

Wenngleich also die Rolle der Wahnideen in dem hebephrenischen Krankheitsbilde im großen ganzen nur eine nebensächliche war, so gab es doch Fälle, wo sie sich mehr in den Vordergrund drängten, und wo man, wie ich schon eingangs erwähnte, zweifelhaft sein konnte, ob der betreffende Fall noch zur hebephrenischen oder schon zur paranoiden Form gerechnet werden sollte.

Der Verlauf der hebephrenischen Fälle ist fast durchweg bis zur Erreichung des Endstadiums ein kontinuierlicher. Nur ganz vereinzelt finden sich erheblichere Schwankungen in der Intensität der Krankheitserscheinungen bzw. leichte Remissionen erwähnt. Mitunter gelangten die Kranken nach Abklingen der ersten etwas stürmischeren Symptome zur Entlassung, wurden aber dann draußen zunehmend schwachsinniger, bis ihre erneute Aufnahme in die Anstalt erfolgen mußte.

In bezug auf den Endausgang ist zu bemerken, daß leichtere Grade des Schwachsinns nur selten waren. Das erklärt sich wohl ungezwungen daraus, daß die leichteren Fälle von Hebephrenie vielfach sich draußen noch halten können und nicht in Anstaltspflege gelangen. Bei den in der Anstalt befindlichen Kranken trifft man gewöhnlich mittelschwere und schwere Grade des Schwachsinns an, und zwar in den verschiedensten Abstufungen. Ihnen allen gemeinsam ist das blöde Wesen, der Mangel jeglicher Initiative, jeglicher gemütlichen Regung, jeglichen Eingehens auf ihre Umgebung; für alles, was nicht mit der Befriedigung ihrer unmittelbaren körperlichen Bedürfnisse zusammenhängt, fehlt ihnen alles Interesse; wunschlos und stumpf dämmern sie dahin; im allgemeinen träge und gleichgültig, können sie gelegentlich meist ganz unvermittelt doch äußerst brutal und gewalttätig werden. Im allgemeinen halten die Kranken sich für sich, reden wenig, lachen bei Anrede nur blöde oder verlegen, geben wenig Auskunft. Bei verschiedenen Fällen fand sich Sprachverwirrtheit, auf der andern Seite aber auch Mutazismus. Bei einzelnen Kranken bestanden Manieren und Stereotypien, ohne indes besonders hervorzutreten.

Die Fälle der katatonischen Gruppe (30) erkrankten fast alle akut oder subakut; ein mehr chronischer Beginn fand sich nur in sechs Fällen. In mehr wie zwei Dritteln der Fälle bestand im Anfang ein Depressionszustand, der fast regelmäßig mit Sinnestäuschungen, häufig auch mit Beziehungswahn, Verfolgungs- und Versündigungsideen, bisweilen auch mit hypochondrischen Wahnvorstellungen einherging; mit motorischer Erregung fand er sich ebenfalls des öfteren vergesellschaftet. Ungefähr die Hälfte aller depressiv beginnenden Erkrankungen ging in einen mehr oder weniger schweren Stupor über, dessen Dauer außerordentlich variierte (eine Kranke befindet sich jetzt schon 25 Jahre in einem solchen Stupor!). In etwa einem Viertel der Fälle begann die Erkrankung mit Erregungszuständen, die meist eine deutliche manische Färbung trugen, aber doch in der bekannten Weise von den Zuständen des manisch-depressiven Irreseins sich unterschieden. Auch sie gingen in der Regel mit zahlreichen Sinnestäuschungen einher; zur Bildung von Größenideen kam es indes nur selten. Auch die Erregungszustände variierten erheblich in ihrer Dauer. In zwölf Fällen fand sich ein Nacheinander von Stupor und Erregung bzw. umgekehrt. In einem Falle begann die Erkrankung mit einem „schlaganfallähnlichen" Zustande; Anfälle im weitern Verlauf der Erkrankung wurden sonst nur noch viermal notiert und trugen alle epileptiformen Charakter.

Über den Verlauf der katatonischen Erkrankung läßt sich noch sagen, daß etwa vorhandene Wahnideen hier wie bei der vorigen Gruppe nur eine vorübergehende Rolle zu spielen pflegen. Wichtiger sind die Sinnestäuschungen, die bisweilen jahrzehntelang fortbestehen und öfter den Grund zum Ausbrechen explosiver Erregungszustände abgeben.

Die Neigung dieser Gruppe zu Remissionen ist viel ausgeprägter wie bei der vorigen Gruppe. Erhebliche Remissionen von längerer Dauer, mitunter in mehrfacher Wiederholung, fanden sich in rund einem Drittel der Fälle. Die Dauer der Remissionen betrug bis zu 10 Jahren. Mehrfach galten die Kranken in dieser Zeit für ganz gesund, waren jedenfalls in keiner Weise auffällig. Eine Kranke, die draußen ebenfalls für gesund gegolten, gab mir indes an, daß sie sich nach der anfänglichen Erkrankung doch nie wieder ganz so befunden habe wie vor derselben. Ein Unterschied zwischen den de-

pressiv bzw. stuporös und den mit einem Erregungszustand beginnenden Fällen ließ sich in bezug auf ihre Neigung zu Remissionen nicht feststellen.

Was den Ausgang der katatonischen Fälle anbelangt, so fanden sich einmal Schwachsinnsformen, die denen bei der hebephrenischen Verlaufsform beschriebenen durchaus glichen: weitgehende Stumpfheit, ausgeprägte gemütliche Verblödung, bei manchen Neigung zu Manieren und Stereotypien. Im ganzen überwogen die schwereren Grade des Schwachsinns. In etwa einem Drittel der Fälle war als Endausgang das bekannte Bild des katatonischen Stupors vorhanden mit Mutazismus, Negativismus usw., wenngleich nicht immer in gleich starker Ausbildung. Nur bei verhältnismäßig wenigen dieser Stuporen trat das manirierte Wesen und zahlreiche Stereotypien derart in den Vordergrund, daß sie das ganze Krankheitsbild beherrschten. In einem Falle fand sich eine choreiforme Bewegungsunruhe.

Bemerkenswert ist auch bei dieser Gruppe wieder die Reizbarkeit mancher Kranken und ihre ausgesprochene Neigung zu impulsiven Handlungen.

Die zur paranoiden Form gehörigen Fälle (39) begannen in der weit überwiegenden Mehrzahl mehr oder minder chronisch; nur viermal fand sich ein akuter oder subakuter Beginn vermerkt. Öfter ging der ausgebildeten Psychose ein bisweilen jahrelang anhaltendes Prodromalstadium voraus, wo die Kranken sehr „nervös" waren, oder wo sich ein verändertes, reizbares oder hochfahrendes Wesen bei ihnen bemerkbar machte. Die ersten psychotischen Symptome zeigten sich gewöhnlich in Form von Sinnestäuschungen, Beziehungswahn, Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen. In fast der Hälfte der Fälle bestand anfangs eine gedrückte, deprimierte Stimmung, in der mehrere Kranke sehr ernsthafte Suizidversuche machten. Versündigungsideen traten in diesen depressiven Zuständen indes nur selten hervor. Sinnestäuschungen fanden sich nur in fünf Fällen in den Krankengeschichten nicht vermerkt. Namentlich in der ersten Zeit der Erkrankung beherrschten sie vielfach das ganze Krankheitsbild; bei einer Reihe von Fällen spielten sie während des ganzen Krankheitsverlaufs eine nicht unerhebliche Rolle; in der Mehrzahl dagegen traten sie allmählich mehr zurück bzw. wurden von den

Kranken weniger beachtet. Was den Inhalt der Wahnvorstellungen anbelangt, so fanden sich Verfolgungsvorstellungen ausnahmslos in allen Fällen, darunter ungefähr bei der Hälfte in der Form des Wahns der körperlichen Beeinflussung. In fast drei Fünfteln aller Fälle (24) kam es zur Bildung von Größenideen, die gewöhnlich erst im späteren Verlauf der Erkrankung sich hinzugesellten; nur viermal traten sie vor den Verfolgungsideen auf. In einem Falle lag eine sogenannte Paranoia originaria vor.

Wenngleich öfter Schwankungen in der Intensität der Krankheitserscheinungen vorkommen, so ist die Neigung zu weitergehenden Remissionen bei den paranoiden Formen der Dementia praecox im allgemeinen doch recht gering. In zwei Fällen entwickelte sich die Erkrankung in zwei Schüben — davon einmal im Anschluß an zwei aufeinander folgende Partus —, zwischen denen keine Krankheitserscheinungen beobachtet sein sollen.

Was nun den Verlauf und Ausgang der paranoiden Fälle anbelangt, so kann man hier folgende Typen unterscheiden:

a) Es kommt bald zum Ausbau eines Systems, das bei andauernden zahlreichen Sinnestäuschungen immer komplizierter wird und immer weitere Kreise zieht; der Inhalt der Wahnideen wird dabei immer abenteuerlicher und abstruser (phantastische Verrücktheit). Die Kranken bleiben dabei stets besonnen und affekterregbar. Ein gröberer Intelligenzdefekt tritt nicht ein, doch ist nach längerem Bestehen der Erkrankung eine gewisse Urteilsschwäche wohl meist vorhanden. Diese Fälle sind nicht sehr zahlreich.

b) Die häufigste Form: es kommt ebenfalls zur Ausbildung eines Systems, das indessen vielfach nur recht dürftig bleibt. Früher oder später kommt es dann zu einem Stillstande: neue Wahnideen werden nicht mehr produziert und immer nur die alten in oft recht monotoner Weise vorgebracht. Die Sinnestäuschungen pflegen noch lange fortzubestehen, ohne indessen von den Kranken besonders beachtet zu werden. Die Stimmung der Kranken ist meist eine mißmutige; sie sind sehr reizbar, schimpfen bei jeder Annäherung, sind vielfach ganz abweisend und rücken nur gelegentlich im Affekt mit ihren Wahnvorstellungen heraus. Seltener sind die Fälle, wo bei Überwiegen der Größenideen die Kranken sich in einer andauernd leicht gehobenen Stimmung befinden und ein herablassend hoch-

mütiges oder gespreiztes Wesen zur Schau tragen. Nach Verlauf einiger Jahre macht sich auch bei dieser Gruppe eine gewisse Urteilsschwäche, daneben vielfach auch eine unverkennbare gemütliche Abstumpfung bemerkbar. Zu größeren Intelligenzdefekten kommt es aber auch hier nicht. Das äußere Benehmen des Kranken bleibt komponiert, die sprachlichen Äußerungen aber werden vielfach ganz abspringend und inkohärent.

c) Schließlich gibt es noch eine dritte, etwa ein Fünftel aller Fälle umfassende Gruppe, wo die vorhandenen Wahnideen gar nicht oder ganz notdürftig systematisiert sind und sehr bald vollkommen zerfahren und konfus werden, oder wo in buntem Wechsel immer phantastischere Vorstellungen geäußert werden. Schon bald nach Beginn der Erkrankung ist ein zunehmender Schwachsinn unverkennbar; die Affekterregbarkeit nimmt ab, die gemütliche Stumpfheit wird immer größer, in ihrem ganzen Wesen sind die Kranken unordentlich, vernachlässigen sich. In ihren sprachlichen Äußerungen sind sie gewöhnlich ganz verworren, produzieren vielfach den richtigen Wortsalat.

So weit die Resultate meiner Zusammenstellung. Im Anschluß daran mögen mir noch einige theoretische Erörterungen gestattet sein. In bezug auf den Umfang und die Definition der hebephrenischen und katatonischen Formen möchte ich mich durchaus auf den *Kraepelin*schen Standpunkt stellen. Nur in bezug auf die Prognose bin ich zu etwas anderen Anschauungen gekommen. Ich bin noch nie in der Lage gewesen, eine vollkommene dauernde Heilung der Dementia praecox, insbesondere auch der katatonischen Form, konstatieren zu können. Trat einmal wirklich Heilung ein, dann handelte es sich immer wohl um ein außerordentlich ähnliches, aber, davon bin ich überzeugt, nicht identisches Krankheitsbild. Verlauf und Symptomenkomplex waren dann nie derartig, daß es sich nur um eine Dementia praecox handeln konnte und handeln mußte; es lag immer noch die Möglichkeit der Annahme einer Amentia oder eines Zustandsbildes des manisch-depressiven Irreseins vor. Ich bin demnach zu der Ansicht gekommen, daß es sich bei der Dementia praecox in jedem Falle um einen destruktiven Krankheitsprozeß handelt.

Wie ich schon eingangs betonte, empfand ich in vielen Fällen lebhaft die Schwierigkeit, die katatonischen und hebephrenischen Formen auseinanderzuhalten. So leicht dies für die typischen Fälle ist, so schwer ist es oft für die zahlreichen Übergangsformen zwischen beiden. Namentlich bei der katatonischen Verlaufsform mit ausgeprägten typischen Exzitations- bzw. Stuporzuständen zeigt der Endausgang in keiner oder doch nur sehr wenig erheblicher Weise die spezifischen katatonischen Symptome (Befehlsautomatie, Echosymptome, Manieren und Stereotypien). Umgekehrt fanden sich manche dieser Züge in Fällen, die ihrem ganzen Verlauf nach nicht wohl anders als hebephrenische angesprochen werden konnten. Es ist deshalb ja auch schon der Vorschlag gemacht worden, beide Formen als Dementia hebephreno-catatonica zusammenzufassen. Im übrigen zeigte sich die charakteristische Form des Schwachsinns mit dem hervorstechenden Symptom der Disharmonie, der Dissoziation zwischen intellektueller und gemütlicher Sphäre bei den Hebephrenen wie bei den Katatonikern in ganz derselben Weise. Die heute auch wohl meist akzeptierte Ansicht, daß beiden Formen derselbe Krankheitsprozeß zugrunde liegt, daß die Eigentümlichkeiten der katatonischen Form wohl auf ein akuteres Einsetzen der — uns im übrigen ja noch ganz unbekannten — Schädigung zurückzuführen ist, muß ich auf Grund meiner Resultate durchaus bestätigen.

Der strittigste Punkt in dem heutigen Stande der Dementia praecox-Frage ist die Stellung, die die Dementia paranoides einnimmt. Hier ist *Kraepelin*, der ja die Grenzen dieser Form und damit der Dementia praecox überhaupt außerordentlich weit gezogen hat, auf sehr verschiedene Beurteilung gestoßen. So konnte, um hier nur einige Autoren herauszugreifen, schon *Aschaffenburg* (a. a. O.) sich nicht entschließen, jenes Krankheitsbild als eine Abart der Dementia praecox anzuerkennen. *Meeus*[1]) meint, daß die paranoide Form sich nur mit Zwang dort einfügen lasse. Auch *Klipstein*[2]) verhält sich durchaus ablehnend, desgleichen *Dercum*[3]). *Stransky*[4]) reiht nur die Fälle mit rasch eintretender Gemütsverblödung und

[1]) Ref. Neurolog. Zentralblatt 1905.
[2]) Neurologisches Zentralblatt 1906, S. 373.
[3]) Ebenda, S. 1013.
[4]) Zentralblatt für Neurologie 1904.

mit zerfahrenen Wahnideen in die Dementia praecox ein. Einen ganz ähnlichen Standpunkt vertritt *Hoche*[1]); er rechnet zur Dementia paranoides nur Fälle, die gekennzeichnet sind „durch eine nach kurzen, einleitenden depressiven Symptomen einsetzende und rasch fortschreitende, ungemein reichliche Wahnbildung, die sehr bald die abenteuerlichsten und unsinnigsten Formen annimmt; nach relativ kurzer Zeit, höchstens nach wenigen Jahren, wird ein Zustand schwachsinniger Verwirrtheit erreicht" usw. Auch *Schott* (a. a. O.) steht auf einem ähnlichen Standpunkt. *Diem* (a. a. O.), *Bertschinger* (a. a. O.) und *Albrecht* (a. a. O.) fußen dagegen ganz auf den Lehren *Kraepelins*.

*Kraepelin* selbst unterscheidet ja bekanntlich zwei Formen der Dementia paranoides. Bei der ersten handelt es sich um „das dauernde Bestehen massenhafter, zusammenhangsloser, immerfort wechselnder Verfolgungs- und Größenideen mit leichter Erregung; der Ausgang erfolgt in schwachsinnige Verwirrtheit". Bei der zweiten, erheblich größeren Gruppe finden sich Fälle, die dadurch gekennzeichnet sind, daß sich „abenteuerliche Wahnvorstellungen, meist von zahlreichen Sinnestäuschungen begleitet, in mehr zusammenhängender Weise entwickeln und eine Reihe von Jahren festgehalten werden, um dann entweder wieder zu verschwinden oder völlig verworren zu werden. Den Ausgang des Leidens bildet auch hier die psychische Schwäche".

Die erste dieser beiden Formen deckt sich wohl ziemlich genau mit den Fällen, deren Zugehörigkeit zur Dementia praecox sowohl *Stransky* wie *Hoche* zugeben. Von den von mir oben unterschiedenen drei Gruppen würde die letzte hierher gehören. Auch ich bin der Ansicht, daß man diese Fälle unbedenklich zur Dementia praecox rechnen kann. Ich sage das namentlich mit Rücksicht auf den Endausgang. Die hier sich entwickelnden Defektzustände ähneln durchaus denen, die wir auch sonst bei der Dementia praecox zu sehen bekommen, namentlich bei der hebephrenischen Form; gelegentlich können wir sogar einzelne katatonische Züge bei diesen Kranken wahrnehmen.

Wahnideen der mannigfachsten Art kommen ferner ja auch bei den andern Formen der Dementia praecox vor. Ihr stärkeres In-den-

[1]) Lehrbuch der Psychiatrie. Herausgegeben von *Binswanger* und *Siemerling*.

Vordergrund-treten ist für die paranoide Form genau so charakteristisch wie die einfache Verblödung für die hebephrenische und gewisse motorische Symptome für die katatonische Form. Eine weitere Eigentümlichkeit scheint in dem durchschnittlich nicht unerheblich späteren Beginn dieser Erkrankung gegeben (ein Unterschied zwischen den einzelnen Verlaufsformen der paranoiden Gruppe ließ sich hier nicht feststellen). Vielfach erscheint es sehr schwierig, hebephrenische Fälle mit etwas stärker hervortretenden Wahnideen von diesen Fällen zu unterscheiden, jedenfalls mindestens so schwierig, wie die letzteren von den andern paranoiden Formen zu trennen.

Erheblich schwieriger aber liegen die Verhältnisse bei der Klassifikation von *Kraepelins* zweiter Form der Dementia paranoides — meiner ersten und zweiten Form. Ist hier die Anschauung *Kraepelins* berechtigt oder die der andern Autoren, die glauben, diese Formen — wie dies ja früher *Kraepelin* selber tat — zur Paranoia rechnen zu müssen? Um diese Frage beantworten zu können, müssen wir uns klarmachen, einmal, was diese Krankheitsbilder mit der Dementia praecox einerseits und der Paranoia andererseits gemeinsam haben, und sodann, wodurch sie sich von den beiden genannten Erkrankungen unterscheiden.

Gemeinsam mit den anerkannt der Dementia praecox zugehörigen paranoiden Fällen ist dieser Gruppe nach *Kraepelin*, „daß neben den Erscheinungen einer rasch sich entwickelnden psychischen Schwäche unter vollkommener Erhaltung der Besonnenheit Wahnbildungen und meist auch Sinnestäuschungen eine hervorragende Rolle spielen". Den Endausgang bildet der „halluzinatorische Schwachsinn". Es kommt zu einer deutlichen Urteilsschwäche und einer mehr oder weniger ausgesprochenen Einengung der gesamten geistigen Interessen. Dem gegenüber muß geltend gemacht werden, daß die psychische Schwäche hier doch gewöhnlich erheblich später auftritt wie bei der ersten Gruppe, und daß sie sich in der Regel nur in mäßigen Grenzen hält. Ferner genügt allein die Tatsache, daß es hier wie bei der Dementia praecox schließlich zur Demenz kommt, doch wohl nicht ohne weiteres, um diese Fälle unter die Dementia praecox zu rubrizieren und damit die beiden zugrunde liegenden Krankheitsprozesse für identisch zu erklären. Gewiß finden sich auch hier manche Züge,

die an die gemütliche Verblödung der Dementia praecox erinnern, aber derartige Züge weist ja schließlich j e d e Demenz auf. Um als beweisend und charakteristisch angesehen zu werden, müßten diese Züge in ganz anderer Weise das Krankheitsbild beherrschen. *Kraepelin* meint ferner, daß in dem Wahn der körperlichen Beeinflussung, dem Gefühl der Abhängigkeit von fremder Macht der Ausdruck einer Willensstörung zu sehen sei, die konform sei der bei Dementia praecox. Wenn das der Fall wäre — warum kommt es hier denn nicht zu den sonstigen Äußerungen der der Dementia praecox eigentümlichen Willensstörungen, zu impulsiven Handlungen, zu Negativismus usw.?

Schließlich führt *Kraepelin* noch an, daß die paranoiden Fälle vielfach einzelne katatonische Zeichen, stuporöse und Erregungszustände, Manieren, Wortspielereien, Wortneubildungen, Sprachverwirrtheit darbieten. Das mag für seine erste Gruppe der paranoiden Fälle zutreffen; für die zweite aber muß ich wenigstens das Vorkommen von stuporösen bzw. Erregungszuständen (scil. katatonischen) auf Grund meines Materials bezweifeln. Und was die Manieren anbelangt, so waren dieselben hier stets psychologisch motiviert, von den Kranken als Schutzmaßregel gegen feindliche Einflüsse gedacht und traten nicht wie bei der Katatonie als selbständige motorische Symptome auf.

Sodann wäre zu untersuchen, in welchem Verhältnis die zweite Gruppe der paranoiden Fälle zur P a r a n o i a steht. Wenn wir den Begriff der Paranoia so weit fassen wie diejenigen Autoren, die in dieser Frage keine Anhänger *Kraepelins* sind, so lassen sich jene Fälle sehr wohl hier unterbringen. Ich halte es aber für besser, wenn wir den folgenden Ausführungen die erheblich engere Fassung, die *Kraepelin* dem Begriff der Paranoia gibt, zugrunde legen. Nach der Definition dieses Autors charakterisiert sich die Paranoia durch die Herausbildung eines unerschütterlichen Wahnsystems bei vollkommener Erhaltung der Klarheit wie der Ordnung im Denken, Wollen und Handeln. Die Wahnideen halten sich im allgemeinen innerhalb des Bereiches des Möglichen; Sinnestäuschungen fehlen oder spielen eine ganz untergeordnete Rolle. Den Ausgang bildet eine langsam zunehmende psychische Schwäche, die sich indes erst im Laufe mehrerer Jahrzehnte geltend macht und die wesentlich in einem Verlust der geistigen Regsamkeit besteht. Hält man sich an diese Definition, dann liegen die Unterschiede gegenüber unseren Fällen auf der Hand.

Einmal ist hier der Inhalt der Wahnideen ein phantastischer, absurder, ferner spielen Sinnestäuschungen lange Zeit, mitunter während der ganzen Dauer der Erkrankung, eine nicht unerhebliche Rolle, und schließlich ist der Endausgang hier viel eher als ein wirklicher Defektzustand anzusprechen. Gemeinsam dagegen sind beiden Erkrankungen die langsame Entwicklung, die Bildung von Wahnideen aus dem Stadium des Beachtungswahns heraus, und jenes Moment, das, wie *Schott* (a. a. O.) betont, für den Paranoiabegriff notwendig ist: das Festhalten der leitenden und fortwirkenden Grundidee von Anfang bis zu Ende.

Resümieren wir nun die Ergebnisse obiger Ausführungen, so werden wir uns wohl nicht dazu entschließen können, die in Rede stehenden Fälle zur Dementia praecox zu rechnen. Die Ähnlichkeiten, die zwischen beiden bestehen, sind eben doch wohl recht unsicherer und fragwürdiger Natur. Erheblich mehr Gewicht möchte ich den Momenten beilegen, die unsere Fälle mit der Paranoia gemeinsam haben. Trotzdem aber möchte ich sie auch hierher nicht zählen. Ich halte die enge Fassung, die *Kraepelin* dem Paranoiabegriff gegeben hat, für einen großen Fortschritt und möchte nicht, daß dieser Begriff durch Hinzunahme unserer Fälle, die doch in verschiedenen nicht unwesentlichen Punkten davon differieren, eine m. E. unnötige Erweiterung erfährt. Wir haben es ja durchaus nicht nötig, dieselben à tout prix einer der großen Krankheitsgruppen unterzuordnen. Unsere psychiatrischen Krankheitsbegriffe sind auch ohne das meist schon verschwommen genug, so daß wir froh sein sollten, wenn wir ein neues, selbständiges Krankheitsbild aufzustellen in der Lage sind. Und ich meine, die zweite Form der bisher sogenannten Dementia paranoides ist nach Verlauf und Ausgang charakteristisch genug, um als ein derartiges selbständiges Krankheitsbild gelten zu können. Ich würde nun vorschlagen, nur für die dieses Krankheitsbild konstituierende Gruppe der paranoiden Erkrankungen die bereits eingeführte Bezeichnung Dementia paranoides zu reservieren, da dieser Name ihre Eigenart sehr gut kennzeichnet, *Kraepelins* erste Gruppe der bisher so genannten Erkrankung aber einfach als paranoide Form der Dementia praecox zu bezeichnen. Ob die besondere Stellung der Dementia paranoides

sich wird aufrecht erhalten lassen, das muß die Zukunft lehren; vielleicht wird hier später einmal die pathologische Anatomie das letzte Wort reden. Bis auf weiteres halte ich es jedenfalls für das Beste, diese Fälle für sich gesondert zu betrachten. Daß es von ihnen Übergänge zur Paranoia einerseits, zur Dementia praecox andererseits gibt, braucht uns weiter nicht zu stören, denn derartige Übergangsformen kommen ja schließlich überall vor.

Zum Schluß noch ein Wort zur Nomenklatur. So eingebürgert die Bezeichnung Dementia praecox auch heute gelten muß, so wird ihr doch immer wieder zum Vorwurf gemacht, daß das Prädikat praecox unzutreffend ist, weil eine größere Zahl von Fällen erst jenseits der Entwicklungsjahre erkrankt. *Gross* hat deshalb, unter Bezugnahme auf das charakteristische Symptom der Erkrankung, das Mißverhältnis zwischen Affekt und Vorstellung, den Vorschlag gemacht, sie als D e m e n t i a s e j u n c t i v a zu bezeichnen. Dieser Vorschlag hat weiter keinen Anklang gefunden; trotzdem halte ich ihn für recht glücklich, nur möchte ich, um Mißdeutungen des Wortes sejunktiv (bzgl. des *Wernicke*schen Begriffes der Sejunktion) zu vermeiden [1]), vorschlagen, statt dessen das synonyme d i s s o z i a t i v zu setzen. Wir könnten dann also von einer hebephrenischen, einer katatonischen und einer paranoiden Form der dissoziativen Demenz sprechen.

[1]) Vgl. *Stransky*, Zur Auffassung gewisser Symptome der Dementia praecox. Neurologisches Zentralblatt 1904.

# Statistische Untersuchungen über geheilte Epileptiker.

Aus den Anstalten für Epileptische zu Bethel bei Bielefeld.

Von

Dr. med. **Volland**, Oberarzt.

*Binswanger* weist in seinem grundlegenden Werke [1]) darauf hin, daß Zählungen über die Häufigkeit der Heilung der Epilepsie nur in beschränktem Maße vorliegen. *Hufeland* hält auf Grund seiner langen ärztlichen Erfahrung 5 % aller Fälle für heilbar, und *Müller* konnte auf Grund sorgsamer Untersuchungen diese Annahme bestätigen. Im allgemeinen herrschen auch heute noch, namentlich in Laienkreisen, über die Heilbarkeit dieses eigentümlichen Leidens pessimistische Anschauungen, die auch von manchen älteren Autoren (*Esquirol*, *Georget*, *Delasiauve*) geteilt wurden. *Odier*, *Portal*, *Herpin*, *Trousseau*, *Maissonneuve* sind allerdings schon früher für die Möglichkeit der Heilung der Epilepsie eingetreten. In neuerer Zeit betonen jedoch die erfahrensten Autoren, *Binswanger*, *Gowers*, *Féré* auf Grund ihrer Beobachtungen übereinstimmend mit Entschiedenheit, daß nicht nur die Epilepsie bei jugendlichen Patienten einer spontanen, definitiven Ausheilung fähig ist, sondern daß auch in reiferem Alter eine Reihe von Fällen mit oder ohne Behandlung zur Ausheilung gelangen kann. *Féré* [2]) sagt wörtlich [3]): „Die Epilepsie der ersten Kindheit heilt oft, ja man kann sagen meist. Sehr viele Kinder haben infolge einer Darmaffektion einen einzigen Anfall und keinen weitern. Manche haben Krämpfe, die sich bei den verschiedensten peripheren Reizen oder allen akuten Krankheiten, die sie durchmachen müssen, wiederholen. Manchmal gehen die Krämpfe auch nach dem Verschwinden der offenbaren

[1]) Die Epilepsie, 1899.

[2]) Die Epilepsie (übersetzt von *Ebers*, Leipzig 1896).

[3]) S. 410.

Veranlassung ruhig mehrere Jahre noch fort und können dann im Alter von 4 bis 5 Jahren verschwinden." Freilich müssen wir bei *Féré* in Rücksicht auf das Zitierte in Betracht ziehen, daß nach ihm kein vernünftiger Grund besteht, die Kinderkonvulsionen von der Epilepsie zu unterscheiden, während wir nach *Binswanger* bei eingehender Beachtung des deutlichen ätiologisch-klinischen Zusammenhangs beider Krankheiten die Eklampsie sowohl als Vorspiel wie auch als vorbereitende Ursache der Epilepsie ansehen. Die von *Gowers* beobachtete relative Häufigkeit der Heilung der Epilepsie bei älteren Leuten erklärt sich *Féré* so, „daß diese Leute lange dem epileptogenen Einfluß der Reizungen, denen sie ausgesetzt waren, widerstanden haben, und daß sie daher weniger stark prädisponiert zu sein scheinen". Dazu komme noch, daß im Alter entschieden die Empfänglichkeit des Nervensystems jeglichen Reizen gegenüber sich abschwäche. *Féré* hält es für unzweifelhaft — und darin werden ihm wohl alle erfahrenen Nervenärzte beipflichten —, daß durch Einführung der Bromsalze in die Therapie der Epilepsie sich deren Prognose entschieden gebessert hat. In neuerer Zeit ist ohne Zweifel eine weitere günstige Beeinflussung dieses heimtückischen Leidens zu verzeichnen durch Kombination der arzneilichen Therapie mit den bekannten hygienisch-diätetischen Maßnahmen. Trotzdem ist bekanntlich die Prognose der Epilepsie, die natürlich je nach der Art des betreffenden Falles eine sehr verschiedene sein kann, immer noch als sehr zweifelhaft anzusehen und stets mit der größten Vorsicht zu stellen.

*Féré* wird man beipflichten können, wenn er das Leiden für um so schwerer hält, „je älter es ist, je häufiger die Anfälle auftreten, je mehr Degenerationszeichen Pat. an sich hat und je schwerer seine Belastung ist" [1]). Nur kurz sei auf die nicht seltene günstige Erfahrung bei Intoxikationsepilepsien hingewiesen, wo die Krämpfe nach Aufhebung des betreffenden Reizes (Blei, Alkohol, Tabak) in vielen Fällen bald sistieren.

Was versteht man nun unter Heilung der Epilepsie? Seit Jahren besteht in den hiesigen Anstalten der Gebrauch, die Kranken als relativ geheilt zu entlassen, wenn mindestens ein Jahr nach dem Auftreten des letzten epileptischen Insultes verstrichen ist.

---

[1]) Die Epilepsie, S. 409.

Selbstverständlich muß man sich dabei bewußt bleiben, daß diese Frist eine durchaus willkürliche und ziemlich kurze ist. Denn nicht nur monate-, sondern jahrelang kann der frühere Kranke sich eines körperlichen und geistigen Wohlbefindens erfreuen, bis plötzlich mit oder ohne greifbare Veranlassung erneute epileptische Insulte sich einstellen. Es mußte daher bei den vorliegenden Untersuchungen möglichst weit in die Jahrgänge der als relativ geheilt Entlassenen zurückgegriffen werden. Nur dadurch war eine genaue Prüfung des wirklich erreichten Heilresultats möglich, zugleich konnte hierbei festgestellt werden, ob bei den früheren Epileptikern unter den schädigenden Einflüssen des täglichen Lebens, des Berufs und bei den weiblichen namentlich unter denen des Sexuallebens das frühere Leiden sich irgendwie wieder manifestierte. Zugleich konnte untersucht werden, inwieweit die eventuelle Nachkommenschaft durch die frühere nervöse Erkrankung eines der Eltern erheblich geschädigt wurde.

Die nachfolgenden Untersuchungen beziehen sich auf Kranke, die von 1886 bis 1901 in hiesiger Behandlung standen. Während dieser Zeit wurden im ganzen 4215 Patienten aufgenommen, von denen 245 als geheilt entlassen werden konnten, und zwar 133 Männer und 112 Frauen. An diese 245 Personen wurden von hier durch Vermittlung der nächsten Behörden Anfragen folgenden Inhalts gerichtet: Ist der frühere Patient gesund geblieben? Wenn nicht, sind die Krämpfe ebenso stark wieder aufgetreten? Beschäftigung des früheren Pfleglings, sein eventueller Tabak- oder Alkoholgenuß? Hat er sich verheiratet? Hat er Kinder? Sind sie gesund? Wenn Kinder gestorben, an welcher Krankheit? Ist der frühere Pflegling in eine andere Anstalt gekommen, und endlich, ist er mit den Strafgesetzen in Konflikt gekommen? Trotz der Bemühungen der staatlichen und städtischen Behörden, denen an dieser Stelle für das liebenswürdige Entgegenkommen der aufrichtigste Dank ausgesprochen werden soll, konnten von den 243 früheren Pfleglingen nur 138 wieder ausfindig gemacht werden, und zwar 85 Männer und 53 Frauen.

| | |
|---|---|
| Geheilt geblieben waren von den Männern ..... | 54 |
| Wiedererkrankt ..... | 28 |
| Geistig minderwertig, aber ohne Krampfanfälle ..... | 3 |
| Summe | 85 |

Geheilt geblieben waren von den Frauen ..... 29
Wiedererkrankt ..... 21
Geistig minderwertig, aber ohne Krampfanfälle ..... 3
Summe 53

Die oben genannten Anfragen wurden zur Herstellung von entsprechenden Tabellen an der Hand der hiesigen Akten durch Beantwortung folgender Fragen ergänzt: Alter des Pfleglings bei der Aufnahme, erbliche Belastung, Entstehungsursache des Leidens und Prädisposition, Krankheitsdauer vor der Aufnahme, Dauer des Aufenthalts in der Anstalt. Es sei hinsichtlich der folgenden Zusammenstellungen vorausgeschickt, daß nur in ganz vereinzelten Fällen die Pfleglinge schon nach einem kürzern als einjährigen Zeitraum als relativ geheilt entlassen wurden, während jetzt, wie schon oben bemerkt, schon seit längerer Zeit mindestens ein anfallsfreies Jahr für die Erteilung des Prädikates „relativ geheilt" notwendig ist. Unter der Rubrik erbliche Belastung wurde außer Trunksucht der Eltern, Nerven- und Geisteskrankheiten in der Familie auch die uneheliche Geburt gerechnet, da die Frauen während der unehelichen Schwangerschaft in der Regel nicht nur stärkeren Gemütsbewegungen, sondern auch schlechteren Ernährungsbedingungen ausgesetzt sind.

Da es nun zu weit führen würde, die umfangreichen Tabellen hier in ihrer ganzen Ausdehnung zu bringen, so wurden zur bessern Übersicht aus den Tabellen folgende zusammenfassende Gruppen gewonnen:

I. Wiedererkrankt. A. Männer: 28.

Aufnahmealter:
unter 6 Jahren ..... 1 mal,
6—15 Jahre ..... 11 mal,
15—20 Jahre ..... 6 mal,
über 20 Jahre ..... 10 mal.

Erbliche Belastung in 15 Fällen.

Entstehungsursache und Prädisposition:
schwere Blutarmut ... 1 mal,
Überanstrengung ..... 1 mal,
Suizidversuch ..... 1 mal,
Schlaganfall ..... 1 mal,
Gemütsbewegungen ... 2 mal,
Traumen ..... 2 mal,
Gehirnentzündung .... 2 mal.

Krankheitsdauer vor der Aufnahme:
unter 1 Jahr ..... 7 mal,
1—10 Jahre ..... 10 mal,
über 10 Jahre ..... 8 mal,
unbekannt ..... 3 mal.

Charakter der Anfälle nach der Entlassung:
weniger heftig ..... 10 mal,
ebenso heftig ..... 17 mal,
heftiger ..... 1 mal.
Verheiratet 10.
Kinderkrämpfe in 2 Familien.
Gestorben 1 (an Lungenentzündung).

B. Frauen (wiedererkrankt): 21.
Aufnahmealter:
unter 6 Jahren ..... —,
6—15 Jahre ..... 3 mal,
15—20 Jahre ..... 8 mal,
über 20 Jahre ..... 10 mal.
Erbliche Belastung in 7 Fällen, vorwiegend Epilepsie.
Entstehungsursache und Prädisposition:
Masern ..... 1 mal,
Gemütsbewegung ..... 4 mal,
Anämie ..... 1 mal,
Menstruationsauftreten . 1 mal,
Trauma ..... 1 mal,
Gehirnentzündung und
Wasserkopf ..... 1 mal,
Gehirnschlag ..... 1 mal.
Krankheitsdauer vor der Aufnahme:
unter 1 Jahr ..... 2 mal,
1—10 Jahre ..... 15 mal,
über 10 Jahre ..... 3 mal,
unbekannt ..... 1 mal.
Charakter der Anfälle nach der Entlassung:
weniger heftig ..... 10 mal,
ebenso heftig ..... 9 mal,
heftiger ..... 1 mal,
unbekannt ..... 1 mal.
Verheiratet 5.
Kinderkrämpfe in 3 Familien.
Gestorben 1 (an Epilepsie).

II. Gesund geblieben. A. Männer: 54.
Aufnahmealter:
unter 6 Jahren ..... 2 mal,
6—15 Jahre ..... 17 mal,
15—20 Jahre ..... 21 mal,
über 20 Jahre ..... 14 mal.
Erbliche Belastung in 19 Fällen.

Entstehungsursache und Prädisposition:

| | |
|---|---|
| Gemütsbewegung ..... | 2 mal, |
| Trauma ..... | 3 mal, |
| Zwillingsfrühgeburt .... | 1 mal, |
| Erkältung ..... | 1 mal, |
| Überanstrengung ..... | 1 mal, |
| Scharlach ..... | 1 mal, |
| Gehirnentzündung ..... | 1 mal, |
| Sonnenstich ..... | 1 mal, |
| Operation an der Zehe . | 1 mal, |
| Dentitio difficilis ..... | 1 mal, |
| Trunksucht ..... | 3 mal, |
| Onanie ..... | 1 mal, |
| Nervenfieber ..... | 1 mal. |

Krankheitsdauer vor der Aufnahme:

| | |
|---|---|
| unter 1 Jahre ..... | 2 mal, |
| 1—10 Jahre ..... | 37 mal, |
| über 10 Jahre ..... | 7 mal, |
| unbekannt ..... | 8 mal. |

Verheiratet 20.

In Familie Kinderkrämpfe.

Gestorben an: Schlaganfall 1, Krampfanfällen nach jahrelanger Gesundheit 1, Gelenkrheumatismus 1.

Seit der Entlassung als geheilt sind verflossen:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 20 | Jahre | bei | 4 | Personen, |
| 19 | „ | „ | 2 | „ |
| 18 | „ | „ | 2 | „ |
| 17 | „ | „ | 2 | „ |
| 16 | „ | „ | 1 | Person, |
| 15 | „ | „ | 4 | Personen, |
| 14 | „ | „ | 4 | „ |
| 13 | „ | „ | 3 | „ |
| 12 | „ | „ | 3 | „ |
| 11 | „ | „ | 4 | „ |
| 10 | „ | „ | 4 | „ |
| 9 | „ | „ | 3 | „ |
| 8 | „ | „ | 8 | „ |
| 7 | „ | „ | 5 | „ |
| 6 | „ | „ | 5 | „ |

B. Frauen (gesund geblieben): 29.

Aufnahmealter:

| | |
|---|---|
| unter 6 Jahren ..... | — |
| 6—15 Jahre ..... | 14 mal, |

15—20 Jahre ..... 6 mal,
über 20 Jahre ..... 9 mal.

Erbliche Belastung in 12 Fällen.

Entstehungsursache und Prädisposition:
Gemütsbewegung ..... 7 mal,
Rhachitis ..... 1 mal,
Überanstrengung ..... 1 mal,
unbekannt ..... 20 mal.

Krankheitsdauer vor der Aufnahme:
unter 1 Jahr ..... 4 mal,
1—10 Jahre ..... 19 mal,
über 10 Jahre ..... 1 mal,
unbekannt ..... 5 mal.

Verheiratet 10 Frauen.
Unehelich haben geboren 2 Frauen.
Nervöse Affektionen in 3 Familien.
Gestorben 1 Frau an Verblutung im Wochenbett.

Seit der Entlassung als geheilt sind verflossen:
20 Jahre bei 2 Personen,
18 „ „ 1 Person,
15 „ „ 3 Personen,
14 „ „ 5 „
11 „ „ 4 „
10 „ „ 3 „
9 „ „ 3 „
8 „ „ 5 „
7 „ „ 2 „
6 „ „ 1 Person.

Diesen Zusammenstellungen ist nur wenig noch hinzuzufügen. Wir sehen, daß die Anstaltsbehandlung meist relativ spät aufgesucht wurde. Nur in einer verhältnismäßig geringen Anzahl von Fällen war die Krankheitsdauer vor der Aufnahme unter dem Zeitraum eines Jahres. Wenn auch hinsichtlich dieser Tatsache in den letzten Jahren entschieden eine Besserung eingetreten ist, so wird doch auch heute noch leider in sehr vielen Fällen vom Publikum die Anstaltsbehandlung relativ spät in Anspruch genommen. Sehr häufig ist es die Schwere der Erkrankung, die eine große Anzahl von Epileptischen nach Erschöpfung aller erdenklichen therapeutischen Heilversuche in die Anstalten treibt, wo sie nicht Gefahr laufen, in Familie und Werkstatt ihrer Umgebung eine unerträgliche Last zu sein. Aus dem Charakter der früheren Anstalten als Asyle und

Pflegehäuser erklärt sich die schlechte allgemeine Prognose der Epilepsie und die Auffassung ihrer Unheilbarkeit. Um so erfreulicher ist es daher, auf Grund obiger Zusammenstellungen die Tatsache zu konstatieren, daß von 29 gesund gebliebenen Frauen 19 Personen 1—10 Jahre, eine Person sogar über 10 Jahre, und von 54 gesund gebliebenen Männern 37 Personen 1—10 Jahre und 7 Personen sogar über 10 Jahre vor der Anstaltsaufnahme schon epileptisch waren und trotz eines solchen langen Bestehens der Krankheit doch noch einer definitiven Heilung ihres Leidens fähig waren.

Bei einer Gegenüberstellung der geheilt Gebliebenen und wieder Erkrankten von dem Gesichtspunkte der Heredität ist kein besonderes Überwiegen der erblichen Belastung bei den letzteren zu konstatieren. Von den wiedererkrankten 28 Männern sind 15 erblich belastet, also = 53 %, von den wiedererkrankten 21 Frauen 7 = 33⅓ %. Von den gesund gebliebenen 54 Männern sind 19 = 35 %, von den 29 gesund gebliebenen Frauen sind 12, also ungefähr = 41 %, erblich belastet. Es sei hier hinzugefügt, daß nach *Binswanger* [1]) die Zahl der erblich belasteten Epileptiker zwischen 30—40 % schwankt.

Von Wichtigkeit war das Resultat der Untersuchungen über den Einfluß des sexuellen Lebens auf den Gesundheitszustand des früheren epileptischen Pfleglings, namentlich des weiblichen. Oft genug wird ja der Arzt sich den Patienten oder deren Angehörigen gegenüber prognostisch über Epilepsie und Ehe äußern müssen. *Binswanger* vertritt auf Grund seiner überaus reichen Erfahrung den Standpunkt, „daß das Fortpflanzungsgeschäft meist einen ungünstigen Einfluß auf die Krankheit hat". Er hat jedoch auch mehrere Fälle beobachtet, wo die Verheiratung und die Geburten keinerlei schädigenden Einfluß ausübten, und wo die jungen Frauen trotz mehrerer Geburten von Anfällen verschont blieben. „Freilich kann es auch vorkommen," so fährt er fort, „daß die Epilepsie während der Dauer des Fortpflanzungsgeschäftes zum Stillstand kommt, um mit erneuter Heftigkeit und rapidem geistigen Verfall im Klimakterium wieder auszubrechen." Von unsern wiedererkrankten 21 weiblichen Personen sind 5 verheiratet. Aus den Be-

[1]) Die Epilepsie. Siehe S. 82.

richten scheint die Erkrankung schon vor dem Eingehen der Ehe wieder eingesetzt zu haben, genauere Angaben sind leider nicht gemacht worden. Dagegen haben von 29 gesund gebliebenen Frauen 10 das eheliche Leben und 9 von diesen Schwangerschaften und Geburten ohne schädigenden Einfluß überstehen können. Zu dieser letzten Kategorie gehören noch zwei Frauen, die unehelich geboren haben.

Von Wichtigkeit waren auch die Untersuchungen über den Gesundheitszustand der Kinder von früheren Epileptikern. Von den wiedererkrankten Männern sind 10 verheiratet. Nur in zwei Familien hat sich die gesteigerte Erregbarkeit des Nervensystems in Form von Konvulsionen auf die Nachkommenschaft übertragen, während in den andern Familien die Kinder bis jetzt gesund geblieben sind. Ungünstiger ist das Verhältnis bei den wiedererkrankten Frauen, von denen 5 eine Ehe eingegangen sind. Gesunde Kinder finden sich nur in zwei Familien, während Kinderkrämpfe bei drei Familien zu verzeichnen sind. Bei den Kindern der gesund gebliebenen verheirateten Frauen finden sich die Wahrzeichen der neuropathischen Veranlagung in folgender Weise: Kinderkrämpfe in zwei Familien, Wasserkopf und nervöse Kopfschmerzen in je einer Familie, während in den übrigen Familien nur körperliche Krankheiten zu verzeichnen sind. Auch in den Ehen der gesund gebliebenen Männer scheinen hinsichtlich der Heredität günstigere Verhältnisse für die Nachkommenschaft zu bestehen. Von den 20 Ehen sind 5 kinderlos; nur in einer Familie sind 2 Kinder an Krämpfen gestorben, während die übrigen 4 leben und gesund sind. In allen andern Familien sind die Kinder bis jetzt gesund geblieben. Freilich muß man sich dabei bewußt bleiben, daß diese augenblicklichen Befunde nur als vorläufige zu bezeichnen sind. Es muß abgewartet werden, wie sich diese neuropathisch belasteten Kinder den weiteren Klippen gegenüber verhalten, die in Gestalt der zweiten Dentition, der Pubertät, des Sexuallebens und etwaiger traumatischer und infektiöser Schädigungen ihnen im weiteren Verlauf des Lebens verderblich werden können.

Von Interesse ist auch die Stellung des früheren Epileptikers zum Alkoholgenuß. Von den 28 wiedererkrankten Männern sind 13 völlig abstinent, 13 mäßige Trinker und 1 ein ausgesprochener

Trinker, während bei einem Manne die Angaben fehlen. Ungefähr dasselbe Verhältnis findet sich bei den 54 gesund gebliebenen Männern in folgender Zusammenstellung: völlig abstinent 23, mäßig 29, 1 starker Trinker, 1 unbekannt.

Zum Schlusse sei noch eines Falles gedacht, wo ein jugendlicher, nicht belasteter Epileptiker, dessen Leiden ohne erkennbare Veranlassung aufgetreten war, 4 Jahre nach seiner Heilung eine schwere Schädelzertrümmerung durch Schlag mit einem Grabscheit erhielt. Trotz der schweren Verletzung, die das Gehirn bloßlegte und eine Trepanation nötig machte, stellten sich die Anfälle nicht wieder ein. Der junge Mann hat sich seit der Verletzung, die ihn vor 2 Jahren traf, weiter körperlich und geistig sehr gut entwickelt und dürfte wohl fernerhin ein prognostisch günstiger Fall sein.

# Zur Frage der Simulation von Geisteskrankheit.[1])

Von

**Walther Riehm,** Medizinalpraktikant.

Unter Simulation verstehen wir in der Psychiatrie die überlegte und bewußte Vortäuschung geistiger Erkrankung. Das Hauptmotiv für die Simulation ist die Absicht, sie als Mittel zu benützen, um sich der Sühne für eine begangene Straftat zu entziehen. Diese absichtliche Täuschung hat natürlich die Kenntnis der Tatsache zur Voraussetzung, daß Geisteskranke als unzurechnungsfähig nicht strafbar sind.

Die Frage nach der Häufigkeit der Simulation bei geistig Gesunden wird auch heute noch verschieden beantwortet. Die Erfahrung lehrt uns, daß die Laien im allgemeinen leicht geneigt sind, Simulation anzunehmen, wenn ein moralisch verdächtiger Mensch plötzlich Zeichen geistiger Störung aufweist. Vor allem gilt dies auch von den amtlichen Organen der Polizei, der Strafrechtspflege und des Strafvollzugs. In ärztlichen Kreisen hat sich jedoch gegen früher eine Wandlung in der Beurteilung der Simulationsfrage vollzogen. Die Irrenärzte früherer Zeiten glaubten in ihrer Tätigkeit vielen Simulanten begegnet zu sein, und noch auf der Jahresversammlung des Vereins Deutscher Irrenärzte im Jahr 1881 berichtete *Fürstner*, daß er in einem Zeitraum von 9 Jahren in der Heidelberger Klinik unter 31 zu begutachtenden Fällen 12 Simulanten gehabt habe, und *Binswanger* gab an, innerhalb 2 Jahren unter 73 Untersuchungsgefangenen 21 als Simulanten entlarvt zu haben. Obwohl allerseits zugegeben wurde, daß das Urteil über die Häufigkeit der Simulation geistiger Erkrankung wesentlich durch die Art des Krankenmaterials des einzelnen Beobachters beeinflußt werde, so sprachen sich doch damals schon nam-

[1]) Aus der K. Psychiatrischen Klinik zu Tübingen (Prof. Dr. Gaupp).

hafte Psychiater — wie *Gudden*, *Zinn*, *Ideler*, *Nasse*, *Mendel* u. a. — dahin aus, daß sie die Simulation von Geisteskrankheit für außerordentlich selten halten. In den letzten 2 Jahrzehnten hat diese Ansicht immer mehr Anhänger gefunden; in neuester Zeit hat *Bonhöffer* die außerordentliche Seltenheit einfacher Simulation von Geisteskrankheit betont, er fand unter 221 Insassen der Breslauer Beobachtungsstation für geisteskranke Gefangene nur 0,5 % Simulanten.

Eine erfolgreiche Durchführung der Simulation ist deshalb so schwierig, weil der Simulant, wenn er seine Erkrankung glaubhaft machen will, ein bestimmtes klinisches Krankheitsbild nachahmen muß. Die Voraussetzung erfolgreicher Simulation ist also die willkürliche Produktion gewisser Symptome, die in ihrer Gesamtheit eine einheitliche Geisteskrankheit wiedergeben. Die Kenntnis dieser Krankheitserscheinungen in ihrer Zusammengehörigkeit kann aber nur durch Erfahrung gewonnen werden, die dem Simulanten meist fehlt; eine Ausnahme hiervon machen wohl nur Personen, die schon des öfteren Gelegenheit hatten, Geisteskranke genauer zu beobachten, wie dies z. B. bei entlassenen Irrenwärtern und früheren Anstaltsinsassen (z. B. früher zur Beobachtung Eingewiesenen) der Fall ist. In der Regel ist somit die Entlarvung des Simulanten leicht, weil das von ihm produzierte Bild keiner bestimmten klinischen Erkrankung, sondern nur der Laienvorstellung vom Aussehen des „Verrücktseins, Närrischseins" entspricht. So trifft man bisweilen Simulanten, die die Rolle des „wilden Manns" spielen wollen. Diese können jedoch, wenn sie tatsächlich gesund sind, die dauernde motorische Erregung, die beim Geisteskranken auf Grund innerer Reize mühelos abläuft, unmöglich nachahmen; sie erliegen der Ermüdung, die dem Tobsüchtigen nicht zum Bewußtsein kommt. Wer Tobsucht simuliert, muß sich zeitweise Ruhe gönnen; damit stellt er sich in Gegensatz zu dem wirklich Geisteskranken. Eine sorgfältige Beobachtung vermag also leicht Klarheit zu schaffen.

Andere, die sich den Anstrengungen der willkürlichen Tobsucht nicht gewachsen fühlen, wählen zum Zwecke der Simulation den Stupor, ein Krankheitsbild, das zu seiner wahrheitsgetreuen Nachahmung eine völlige auch mit dem Mienenspiel und dem ganzen äußeren Verhalten übereinstimmende Affektlosigkeit und Gleichgültigkeit verlangt, die dauernd zu heucheln auch bei außergewöhnlicher Selbst-

beherrschung dem Gesunden unmöglich ist. Auch hier ist die Erkennung der Simulation in der Regel leicht.

Der Schwachsinn wird ebenfalls manchmal zu simulieren gesucht. Hierbei besteht aber meist — hervorgerufen durch den Wunsch, möglichst blöde zu erscheinen — die Neigung, in unsinniger Weise zu übertreiben. So wird z. B. die Kenntnis der elementarsten Dinge wie der Farbenbezeichnungen, des Alphabets, des Einmaleins usw. in Abrede gestellt, während sich z. B. mit Hilfe der Akten oder der Aussagen früherer Bekannter (Pfarrer, Lehrer, Arbeitsgeber usw.) leicht erweisen läßt, daß früher normale oder jedenfalls leidliche Geisteskräfte vorhanden waren. In diesem Falle gestattet allein schon der Widerspruch zwischen einst und jetzt die Diagnose einer Simulation, vorausgesetzt, daß kein Krankheitsprozeß nachgewiesen werden kann, der die Verblödung zu erklären vermöchte.

Bei der bewußten Vortäuschung des Verfolgungswahns fehlt dem Simulanten das konsequente Benehmen des Paranoischen, seine Wahnideen werden meist des inneren Zusammenhangs und der gesetzesmäßigen Entwicklung aus krankhafter Eigenbeziehung entbehren.

Freilich liegt nun hier ein Einwand nahe! Unsere heutige klinische Erfahrung weist natürlich noch manche Lücken auf; immer wieder kommen auch dem erfahrenen Psychiater noch nie gesehene Krankheitsbilder vor Augen, die sich keiner bestimmten Krankheitsgruppe zuteilen lassen. Und so läuft auch der geschulte Arzt unter Umständen einmal Gefahr, daß er ein ihm unbekanntes Symptomenbild bei einem Untersuchungs- oder Strafgefangenen für Simulation hält, weil es ihm gekünstelt erscheint, bis dann der weitere Verlauf nachträglich doch das Vorhandensein einer Geisteskrankheit — in der Regel wohl einer Dementia praecox — beweist. *Kraepelin* bekennt offen, „daß er mit der Annahme reiner Verstellung ohne anderweitige Geistesstörung im Laufe seiner Erfahrung immer zurückhaltender geworden sei, nachdem er eine ganze Anzahl ehemaliger Simulanten nachträglich habe verblöden sehen". Diese auch von anderer Seite bestätigte Tatsache ist von großer praktischer Bedeutung, sofern sie die außerordentliche Verantwortung beleuchtet, die der Arzt bei Ausspruch der Diagnose Simulation auf sich nimmt. Dabei ist noch zu berücksichtigen, daß wir bei der Untersuchung und Beurteilung Geisteskranker manchmal einzig und allein auf das Ergebnis einer genauen Fest-

stellung der von ihnen dargebotenen psychischen Symptome angewiesen sind; körperliche Begleiterscheinungen fehlen ja vielen Psychosen ganz und sind — wenn je solche vorhanden — selten eindeutig und diagnostisch brauchbar. Da nun die Simulation von Geisteskrankheit das Mittel zur Erreichung eines bestimmten Ziels ist, so sind in diesen — meist ja forensischen — Fällen die Angaben der Kranken selbst für uns nur mit großer Vorsicht zu verwerten.

Das Gefühl der großen Verantwortung bei der Diagnose „Simulation" hat — gewissermaßen als Reaktion — zur Folge gehabt, daß manche Ärzte in das andere Extrem verfielen und das Vorkommen von Simulation geistiger Störung bei geistig ganz Gesunden völlig in Abrede stellten. Diese Auffassung ist jedoch sicher nicht zutreffend, wie die beiden folgenden Fälle beweisen mögen.

Wohl wird mit Recht betont, daß die Neigung zur Simulation sich namentlich bei gewissen degenerierten Individuen finde. Nach *Delbrück* handelt es sich bei den Simulanten meist um psychopathisch minderwertige Personen, und *Bonhöffer* schreibt in einer bereits erwähnten Abhandlung: „daß langdauernde Simulation von Geisteskrankheit nur auf dem Boden einer degenerativen Anlage vorkommt, ist ein Satz, über den die meisten Psychiater einig sind". Für diese Annahme sprechen auch eine Reihe psychologischer Gründe. Der ethisch und ästhetisch leidlich normal empfindende Mensch scheut vor der Absicht zurück, sich durch Vorspiegelung von Geisteskrankheit einen Vorteil zu verschaffen. Der Gedanke, für „verrückt" gehalten zu werden, hat für den Laien im allgemeinen etwas Abstoßendes; eine natürliche Scheu hält ihn davon ab, Geisteskrankheit willkürlich nachzuahmen. Anders beim Degenerierten: seine reiche Phantasietätigkeit schmückt Erlebnisse und Vorstellungen in üppigster Weise aus, die gesteigerte Suggestibilität und das labile Persönlichkeitsbewußtsein läßt die anfangs mit Überlegung und zielbewußt inaugurierte Simulation in psychogene quasi autohypnotische Zustände vom Charakter leichter Dämmerzustände übergehen. Hierher gehören wohl auch die von *Bonhöffer* angeführten Fälle, die sich an bestimmte äußere Veranlassungen anschlossen. Nach Art des Schauspielers leben sich diese Naturen immer mehr in den veränderten Bewußtseinszustand hinein, gleichgültig, ob es sich dabei um die Rolle des „wilden Mannes" handelt

oder um die des „Nichtwissenden" (*Ganser*scher Symptomenkomplex mit Vorbeireden, sinnlosen Antworten und Negativismus). Wie beim Kinde drängen sich bei diesen Entarteten Phantasiespiele in den festgefügten Bestand der Erlebnisse herein und fälschen — vorübergehend oder dauernd — den Erinnerungskomplex des tatsächlichen persönlichen Lebensgangs. Das Vorstellungsspiel entgleitet gewissermaßen dem Willen des Simulanten; was anfangs bewußter und zweckmäßig erdachter Betrug war, wird bei der Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins ganz allmählich zum pathologischen Schwindel, zum hemmungslosen Weitergetriebenwerden in dem Trugspiel. Hier kann natürlich niemals mit apodiktischer Sicherheit gesagt werden, wo die bewußte Simulation aufhört und der krankhafte Geisteszustand von dem Simulanten Besitz ergriffen hat; keine festen Schranken trennen hier Simulation von Geisteskrankheit, in flüssigen Grenzen kann das eine allmählich in das andere übergehen.

Im folgenden gebe ich als einen, wie ich glaube, interessanten Beitrag zur Simulationsfrage die Krankengeschichte zweier Simulanten, die in der Tübinger Psychiatrischen Klinik zur Beobachtung kamen.

Fall G. ist von großem kriminalpsychologischen Interesse, da er einen Typus des degenerierten Gewohnheitsverbrechers zeigt. Es rechtfertigt sich daher wohl die ausführliche Veröffentlichung seines ganzen Lebensganges:

G. ist als uneheliches Kind am 18. Februar 1883 geboren. Über seine Jugendzeit erfahren wir aus einem Bericht des Ortsgeistlichen folgendes: G. war im Gegensatz zu seinen sechs Geschwistern schon während seiner Schulzeit ein ganz durchtriebener Schlingel, der allerlei Bosheiten an seinen Mitschülern und sonst verübte, besonders auch mehrere Diebstähle an Schulutensilien sich zuschulden kommen ließ und sogar seinen Mitschülern Geld aus der Tasche zu entwenden suchte. Hatte er Ausgänge für die Eltern zu machen, so suchte er bei jeder Gelegenheit — in Läden usw. — etwas zu erhaschen. In der Schule selbst konnte man ihn nur in Ordnung halten, wenn der Lehrer ein ganz wachsames Auge auf ihn hatte und G. bei etwaigen Bosheiten von Zeit zu Zeit recht ordentlich abgestraft wurde. Religiösen Einflüssen war er wenig zugänglich; jedenfalls war jeder Anlauf zum Besseren nur ein Strohfeuer. Der Grund all dieser Verfehlungen und Auswüchse liegt ohne Zweifel zum größten Teil in der vernachlässigten häuslichen Erziehung des ersten Sohnes besagter Eheleute, welche ihm alles hingehen ließen, dessen tolle Streiche für

witzige Einfälle und für besondere geistige Fähigkeit ansahen; jedenfalls ihren Sohn bei Verfehlungen nicht rechtzeitig und nicht genügend abstraften. Dazu kam, daß der Vater den G. als Knaben viel mit sich ins Wirtshaus nahm, wodurch letzterer frech und ausgelassen wurde und auch außerhalb der Schulzeit zuviel Freiheit genoß. Natürlich fehlte es auch am guten Beispiel der Eltern, besonders in religiöser Beziehung. G. ist offenbar arbeitscheu, genußsüchtig und möchte besonders durch bessere Kleidung auffallend erscheinen; letzterer Punkt ist eine Erbschaft des Vaters, die sich in seinem Sohn zu einem Größenwahn entwickelt zu haben scheint, obwohl von einer eigentlichen Geisteskrankheit in der Familie nichts bekannt ist. G. war früher körperlich schwach veranlagt, und wäre es wohl begreiflich, wenn die traurige Vergangenheit für Geist und Gemüt nachteilige Folgen herbeiführen würde; ebenso sind allerdings auch schon Äußerungen über den G. vernommen worden, welche dahin zu deuten sind, daß G. nicht ganz recht im Kopfe sein könne, wie die Vox populi oft lautet. So weit das Urteil des Ortsgeistlichen.

Nach Entlassung aus der Schule kam G. zu einem Gärtner in die Lehre, wurde aber dort schon nach wenigen Monaten wegen eines Diebstahls entlassen. Er hatte sich nach Eintritt der Dunkelheit in ein Wohnhaus eingeschlichen, um aus dem zu ebener Erde gelegenen Verkaufsladen Geld zu stehlen. Auf den Zehen ging er unter Vermeidung jeglichen Geräusches durch den Hausgang in den erleuchteten Laden, überzeugte sich zunächst davon, ob sich niemand in dem anstoßenden Nebengelaß befände, und entnahm hierauf der Ladenkasse etwa 30 M. Für den Fall, daß er überrascht werde, hatte er sich schon zum voraus die Ausrede ersonnen, er habe eine Kerze kaufen wollen. In der Tat wurde er auch von der Ladeninhaberin, Frau B., die einen Lärm vernommen hatte und herbeigeeilt war, im Laden angetroffen. Sein Vorgeben wurde ihm nicht geglaubt, und bei einer näheren Untersuchung fand sich in seiner Tasche das gestohlene Geld. Die Entwendung der beiden Goldstücke gab G. sofort zu, dagegen behauptete er von dem in seiner Tasche befindlichen Silbergeld, es gehöre seinem Lehrherrn; er habe es soeben für abgelieferte Waren in Empfang genommen. Frau B. schenkte dieser Behauptung keinen Glauben und forderte ihn auf, mit ihr zu seinem Dienstherrn zu gehen. Auf dies hin händigte er ihr noch freiwillig 3 M. als gleichfalls ihr gestohlen ein und bat sie, ihn jetzt zu entlassen. Da auch dies nichts half, so schützte er auf dem Wege zu seinem Lehrherrn ein Bedürfnis vor und versteckte dabei den Rest des Silbergeldes hinter einem Gartenzaun. Einige Kinder hatten aber den Vorgang beobachtet und brachten das Geld nachträglich der Frau B., worauf G. die Tat gestand. Daraufhin entließ ihn sein Lehrherr sofort mit einer Fahrkarte nach seinem Heimatorte. Aus Furcht vor Strafe wagte er es jedoch nicht, nach Hause zurückzukehren, sondern verließ unterwegs den Zug, wie er selbst angab in der Absicht, sich durch Diebstahl Geld zu verschaffen. Als er in D. beim Durchwandern des

Ortes bemerkte, daß in dem Laden des Uhrmachers Z. niemand anwesend war, drang er ein und entwendete aus einem unverschlossenen Glaskasten eine silberne Uhr im Werte von etwa 16 M. Dann begab er sich in die dortige Bahnhofwirtschaft und verzehrte hier Speisen und Getränke im Werte von 1,50 M. Dabei versuchte er bei mehreren Gästen eine Taschenuhr zu veräußern, fand aber keinen Abnehmer. Er verließ sodann das Lokal, ohne zu bezahlen, mit der Bemerkung, er werde in einigen Tagen zurückkommen und dann alles bereinigen. Bei weiterem Umherschweifen traf er auf dem Güterbahnhof mit einem Menschen namens P. zusammen. Dem erzählte er, er erwarte seinen Koffer mit Kleidern, um dann nach B. weiterzufahren, er sei jedoch augenblicklich in Geldverlegenheit und deshalb gern bereit, seine Uhr zu vertauschen. P. ging auf den Vorschlag ein und gab dem G. seine alte Uhr gegen die neue und 60 Pfg. Aufgeld. Hierbei wurden sie von dem Bahnhofwirt beobachtet, der Verdacht schöpfte und die Verhaftung des G. veranlaßte. Bei seiner Vernehmung gab er an, er befinde sich auf der Reise zu seiner schwerkranken Mutter; er wurde daraufhin wieder entlassen. Am Tage darauf verließ er den Zug in der nächsten größeren Stadt M. und hinterließ in der Bahnhofwirtschaft eine Zeche von 1,50 M., obwohl er nur 5 Pfg. in der Tasche hatte. Er wurde dem Stadtschultheißen vorgeführt, aber auf die Erklärung, daß sein Vater ihn abends auf dem Bahnhof abholen und die Zeche bezahlen werde, entlassen. Da er mittellos war, suchte er sich wieder durch Diebstahl Geld zu verschaffen, und zwar eine möglichst große Summe, um, wie er selbst angab, längere Zeit sorglos leben zu können. Er benutzte die erste Gelegenheit, die sich ihm bot, und stahl dem Metzger Z. 50 M. Er drang vom Hausgang durch ein Fenster in den unbewachten Laden ein und beraubte die Kasse ihres Inhalts. Als er eben wieder auf demselben Wege zurückwollte, wurde er von einem zufällig hinzukommenden Handwerksburschen festgehalten und der Polizei übergeben. Da er derselben kurz zuvor wegen Zechprellerei vorgeführt worden war, so wurde er sofort wiedererkannt und dem Gericht übergeben. Ohne weiteres gestand er die ihm zur Last gelegten Straftaten ein und wurde dafür vom Landgericht Z. zu einer Gesamtstrafe von vier Monaten Gefängnis verurteilt. Bei Festsetzung der Strafe kam die Jugend des Angeklagten als mildernd in Betracht, als erschwerend dagegen die an den Tag gelegte Umsicht und Gewandtheit.

Nach Verbüßung seiner Strafe arbeitete er etwa ein halbes Jahr als Knecht und wurde dann wegen einer geringfügigen Verletzung einige Tage in einem Krankenhause behandelt. Von dort kehrte er nicht mehr in seine bisherige Stelle zurück, sondern stahl Anfang März 1900 aus der nicht verschlossenen Ladenkasse des Spezereihändlers A. in W. etwa 10 M. Er überzeugte sich zuvor, ob der Laden leer sei, dann trat er ein, indem er dabei die Ladenglocke durch Festhalten am Läuten verhinderte. Er konnte mit seinem Raub unbemerkt verschwinden; aber bald wurde

das Fehlen des Geldes bemerkt und er auf dem Bahnhof verhaftet. Nach anfänglichem Leugnen gestand er den Diebstahl ein und wurde zu einer Gefängnisstrafe von vier Wochen verurteilt, wobei wiederum seine Jugend strafmildernd in Betracht kam. Nach seiner Entlassung wanderte er zu Fuß, vom Bettel lebend, von Ort zu Ort seiner Heimat zu, aber schon nach acht Tagen wurde er wieder rückfällig. Da er nur noch 32 Pfg. im Besitz hatte, wollte er sich wieder Geld verschaffen, betrat deshalb einen Laden durch die unverschlossene Tür und entnahm der Schublade die Geldschüssel. Einer Frau gegenüber, die zufällig dazukam, gebrauchte er die Ausrede, er habe nur eine Zigarre holen wollen, und verließ rasch den Laden. Er wurde aber vom Besitzer eingeholt, zur Polizei gebracht und diesmal wegen versuchten Verbrechens des Diebstahls im Rückfall zu vier Monaten Gefängnis verurteilt. Bei der Strafbemessung wurde die geringe Höhe des gestohlenen Betrags einerseits, die rasche Rückfälligkeit und sittliche Verdorbenheit andererseits in Betracht gezogen. Nach seiner Entlassung im September 1900 hatte er, wie es scheint, anfänglich das Bestreben, sich auf ehrliche Weise durchzubringen, arbeitete auch wirklich zuerst in einer Papierfabrik und dann bei einem Bauern bis Januar 1901. Wegen Lohnstreitigkeiten verließ er jedoch seinen Dienst und zog wieder beschäftigungslos umher. Obschon er noch 9 M. bei sich hatte, also nicht in Not war, wurde er sofort wieder rückfällig, als er zufällig an einem unbeaufsichtigten Laden vorüberging. Er trat dort ein und entwendete 40 M. Von dem Gestohlenen kaufte er sich einen neuen Geldbeutel und fuhr nach L., um von dort nach Hause zurückzukehren, wurde aber unterwegs verhaftet. Bei der Festnahme hatte er mehr Geld bei sich, als er nach der bestimmten Aussage des Ladeninhabers der Kasse entnommen haben konnte; man legte ihm deshalb auch einen andern Diebstahl von etwa 10 M. zur Last, der tags zuvor in nächster Nähe verübt worden war. Da er diesen aber aufs bestimmteste ableugnete und so kein Beweis seiner Täterschaft zu erbringen war, so wurde er nur wegen des einen von ihm zugestandenen Diebstahls zur Verantwortung gezogen und zu neun Monaten Gefängnis verurteilt. Strafmildernd war die Jugend, strafverschärfend der Rückfall.

Auf dem Transport kam G. auf einige Stunden ins Ortsgefängnis W. Dort „wurde ihm die Zeit zu lang", und nach seiner späteren Angabe ärgerte er sich auch darüber, daß er in einem schlecht gelüfteten Zimmer warten mußte, während der begleitende Landjäger in der gegenüberliegenden Wirtschaft sich aufs beste unterhielt. Er dachte: „Wart', ich will Dir poussieren" und zerschnitt aus Wut Bettmatratze und Teppich kreuz und quer. Hierfür bekam er eine Zusatzstrafe von vier Wochen.

Beim Verlassen des Gefängnisses versprach er, zu seinen Eltern zurückzukehren, tat dies aber nicht, trieb sich vielmehr arbeitslos umher und entwendete dabei einem Metzger in F. fünf Pfund Wurstwaren. Kurz darauf tat er sich mit einem andern zu gemeinsamen Diebstählen

zusammen und entwarf mit diesem den Plan zu einem Einbruch in das Kurhaus in F. Er ging gegen Abend dorthin, fragte das ihm öffnende Dienstmädchen nach einem Stock, den ein Herr angeblich dort stehen gelassen hatte, und öffnete, während das Mädchen sich erkundigte, unbemerkt von innen das Klosetfenster, durch das er später einsteigen wollte. In der Nacht kehrte er mit seinem Genossen zurück, aber noch im letzten Augenblick hielt ihn — wie er später angab — der Gedanke an die drohende Zuchthausstrafe von der Ausführung des Einbruchs ab. Weil er sich schämte, seinem Kameraden die Wahrheit zu gestehen, gab er diesem als Vorwand an, das betreffende Fenster sei wieder geschlossen gewesen. Tags darauf stahl er, während sein Genosse „sicherte", aus einem Laden 3 M., wobei er angeblich, um sicher nicht abgefaßt zu werden, nachträglich an der Türe des Nebenzimmers anklopfte und den dort befindlichen Ladenbesitzer nach einem Lehrbuben namens X. frug. Auf die Antwort, dieser sei hier nicht bekannt, ging er fort und traf mit seinem Genossen im nächsten Wirtshaus zusammen. Der Ladenbesitzer bemerkte bald den Fehlbetrag in der Kasse und ließ die beiden verhaften. G. leugnete hartnäckig, während der andere alles gestand. G. wurde wegen Diebstahls im Rückfall zu sechs Monaten Gefängnis und wegen Mundraubes zu sechs Wochen Haft verurteilt.

Nach Verbüßung dieser Strafe im Februar 1903 begab er sich zu seinem Onkel nach F. Um bei diesem längere Zeit aufgenommen zu werden, log er ihm vor, er komme soeben aus U., wo er mit einem andern zusammen in einer Lotterie 20 000 M. gewonnen habe; das Geld liege noch auf der Bank. Um seine Angaben glaubhaft erscheinen zu lassen, kaufte er sich bei einem Konditor in Goldpapier gewickelte Schokolademünzen, die echten Goldstücken aus einiger Entfernung ähnlich sahen. Diese zeigte er abends bei schlechter Beleuchtung dem Onkel, der sie in der Tat für echte Goldstücke hielt. Außerdem log er dem Onkel am andern Tage vor, das Geld sei ihm versehentlich in die Abortgrube gefallen, so daß dieser die ganze Grube danach durchwühlte. Wenige Tage darauf wurde er in E. überrascht, wie er in einem Obstladen Früchte entwendete und sich nach der Ladenkasse umsah. Er wurde wegen Mundraubes zu sechs Wochen Haft verurteilt; ein anderer ihm zur Last gelegter Diebstahl, wegen dessen er in Untersuchungshaft war, konnte ihm nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden, so daß das Verfahren in dieser Sache eingestellt werden mußte.

Nach seiner Entlassung trat er als Hausbursche bei einem Buchhändler in E. ein, wo er sich anscheinend nichts zuschulden kommen ließ. Anfang April 1903 fuhr er zu seinen Eltern zurück, angeblich um sich seine Papiere zu holen. In den darauf folgenden Tagen wurden in der Umgebung seines Heimatortes drei Ladendiebstähle begangen, die mit großem Raffinement vorbereitet und ausgeführt worden waren. Der Verdacht lenkte sich sofort auf G., der aber die Täterschaft aufs ent-

schiedenste bestritt, durch die Beweisaufnahme jedoch mit voller Sicherheit überführt wurde. Am gleichen Tage, an dem er den dritten der oben erwähnten Diebstähle beging, fuhr er von Hause weg, angeblich, um nach E. in seine Stellung, von der er nur beurlaubt sei, zurückzukehren; in Wahrheit aber begab er sich nach A. In der Eisenbahn traf er mit dem zwölf Jahre alten Seminarschüler K. zusammen, der in einem verschlossenen Briefe ein Schreiben seiner Mutter und zwei Hundertmarkscheine bei sich trug, die er seiner Schwester überbringen sollte. G. setzte sich im Bahnzug sofort neben K., unterhielt sich mit ihm über allerlei Fragen, im Verlauf deren er sich auch dessen Uhr und Geldbeutel vorzeigen ließ. In L., wo K. umsteigen mußte, schloß er sich ihm an, so daß sie von dort zusammen nach A. fuhren, wo sie längeren Aufenthalt hatten. Auf dem Perron zog K. sein Notizbuch heraus und blätterte darin, wobei G. das weiße Kouvert bemerkte und nach dessen Inhalt sich erkundigte. K. erwiderte: „Da ist viel Geld drin, und zwar 200 M.", worauf G. meinte, das glaube er nicht, er könne als Schüler unmöglich soviel Geld mit sich führen; wenn dies wahr sei, so gebe er ihm sofort 50 Pfg. Daraufhin öffnete K. das Kouvert und zeigte die Scheine dem G., der sie prüfte und mit den Worten zurückgab: „Ja, die sind echt". K. steckte sie wieder in das Kouvert und erhielt jetzt die versprochenen 50 Pfg. Unter dem Vorwande, daß der Junge wegen Eröffnung des Kouverts zu Hause Unannehmlichkeiten bekommen könne, kaufte G. ihm nun ein neues Kouvert, welches er absichtlich zu klein wählte, so daß der Knabe die Scheine nicht hineinbrachte. Nun war ihm G. scheinbar dabei behilflich und ließ bei dieser Gelegenheit die beiden Scheine verschwinden, indem er nach seiner späteren Aussage die Aufmerksamkeit des Jungen dadurch ablenkte, daß er ihm sein verweintes Aussehen vorhielt und ihn aufforderte, seine Tränen zu trocknen. G. gab alsdann das verschlossene Kouvert wieder dem K. zurück, und sie fuhren miteinander in der Richtung B. weiter; unterwegs erklärte er plötzlich aussteigen zu müssen und verabschiedete sich freundlich von K., den er noch besonders warnte, das Kouvert nicht zu verlieren. K. fuhr weiter und kam abends zu seiner Schwester, die bei Eröffnung des Briefes den Diebstahl entdeckte. Der Schwager K.s erstattete Anzeige, und G. wurde tags darauf in E. verhaftet. Er leugnete zwar die Tat, verwickelte sich aber in Widersprüche; auch wurde er von K. und einer Reihe anderer Personen bestimmt wiedererkannt. Er wurde wegen sämtlicher vier Vergehen im Rückfall zur Gefängnisstrafe von drei Jahren und zur Tragung der Kosten verurteilt. Anfangs Juli 1903 wurde er dem Gefängnis in H. zugeführt.

Im Gegensatz zu früheren Strafverbüßungen, über die sich der Vermerk findet, daß G. unbotmäßig, arbeitscheu und frech sei, hielt er sich dort recht gut und bot bis zum Februar 1904 nichts Abnormes. Wie er später angab, erfuhr er damals zufällig, daß in L. eine Abteilung für geisteskranke Sträflinge eingerichtet werde. In dieser Zeit zerschnitt er —

anscheinend ganz unvermittelt — seine Flechtarbeit und beschuldigte nachher den Aufseher dieser Handlung; er wurde aber dafür mit Arrest bestraft. Kurz darauf fragte er den ihn besuchenden Geistlichen, ob er verpflichtet sei, einen erzwungenen Eid zu halten, und erzählte nach Verneinung seiner Frage folgende phantastische Geschichte, die er auf Aufforderung auch niederschrieb. Sie lautete: „Als ich in das Haus des Herrn F. in A. kam, sah ich, wie derselbe sich im Schlafzimmer seiner Frau mit einem Käfig beschäftigte, in welchem sich etliche Schlangen befanden. Seine Frau lag krank im Bett und schlief. Herr F. näherte sich dem Bett und hob seiner Frau ein Fläschchen unter die Nase. Dann öffnete Herr F. den Käfig und ließ eine Schlange herauskriechen. Sobald dieselbe ihren Kopf außerhalb des Käfigs hatte, faßte Herr F. dieselbe hinter dem Kopf, ließ sie in den Geschlechtsteil seiner Frau beißen und zog sie gleich wieder heraus. Als ich dies sah, stieß ich einen Schreckensruf aus. Auf diesen Ruf drehte sich Herr F. um, ging rasch auf mich zu, faßte mich bei der Brust und fragte mich, ob ich wisse, was er getan habe. Ich sagte ihm, er wolle seine Frau töten. Auf dieses hin nahm er seinen Revolver, setzte ihn mir auf die Brust und sagte, wenn ich nicht schwöre, über das Geschehene zu schweigen und mir alles gefallen zu lassen, so jage er mir eine Kugel durch den Kopf. Aus Furcht vor dem Tode kam ich seiner Aufforderung nach und leistete diesen Eid. Hätte Herr F. seine Frau nicht töten wollen, so hätte er keinen Grund gehabt, mir in solcher Weise entgegenzutreten. Tags darauf starb seine Frau und wurde begraben, ohne daß der Arzt, welcher sie vorher längere Zeit behandelte, ahnte, warum sie so schnell starb. Tags zuvor stand ich vor dem Laden des Herrn F. und hörte, wie ein Mädchen, welches er nach dem Tode seiner Frau heiratete, zu ihm sagte: „Sei auch vorsichtig, nicht daß es herauskommt." Ich dachte bei diesen Worten damals nichts Böses. Als ich aber am andern Morgen das Verbrechen sah, dachte ich gleich, daß da das Verbrechen verabredet wurde. Bald darauf schritt Herr F. zur zweiten Ehe, und jetzt begannen sich die Folgen des mir abgeforderten Eides für mich schrecklich fühlbar zu machen. Zuerst verleumdete er mich bei meinen Lehrern auf alle mögliche Art, wie z. B.: ich stehle ihm aus seinem Laden Bücher, Hefte, Zuckerwaren, Geld und dergleichen. Diese Verleumdung mußte seine Tochter Klara in Briefchen meinem Lehrer hinterbringen, wobei sie immer vor der Türe stehen blieb und horchte, ob ich auch bestraft würde. Diese Art von Verleumdungen dauerte so lange, bis ich aus der Schule entlassen wurde, nützte ihm aber nicht im geringsten und befriedigte auch seine Rache nicht. Dann nötigte mich Herr F. falsches Geld auszugeben, welches er selbst anfertigte. Ich tat es aber nicht oft, sondern warf es weg, weil ein Herr R. es erkannte. Mit meinem 15. Jahre kam ich in die Lehre nach M. Bald darauf hatte ich in der Nacht meinen Peiniger vor mir, wo er mich nötigte, meinem Lehrherrn zu entlaufen. Als ich dies nicht tat, machte er im Garten und

in Treibhäusern großen Schaden, so daß ich ihn immer gemacht haben soll. Bald darauf beging er im Laden des Herrn B. durch mich einen Diebstahl, wo ich dann mit dem gestohlenen Gelde in der Tasche stehen bleiben mußte, während Herr F. sich mit großem Geräusch entfernte. So machte er es bei jedem andern Fall, wo ich bestraft wurde. Bei Herrn F. wurde einst gestohlen, wobei der Täter erwischt wurde. Herr F. brachte den Diebstahl nur deshalb nicht zur Anzeige, weil er den Dieb dazu benützen wollte, mich zu verleumden. Dies geschah in der Absicht, mich als einen verwahrlosten Menschen hinzustellen, dem nichts zu glauben sei. Als ich das erstemal aus dem Gefängnis kam und mich Herr F. sah, rief er im Beisein seiner Familie: „Mach, daß du von meinem Hause wegkommst, du verstohlener Tropf!" Dann sagte die Tochter Klara zu ihrem Vater, es wird nicht das letztemal sein, daß wir ihn hineinbringen. Dann redete die Tochter Ida mit mir und sagte im Beisein ihrer Familie, sie glaube nicht, daß ich es gewesen sei. Klara sagte dann; „Wenn er einmal im Zuchthaus gewesen ist, hört es auf; denn dann ist er genug gebrandmarkt, so daß ihm niemand nichts mehr glaubt." "

G. gab weiterhin an, er sei von hoher Abkunft, werde 30 000 M. Kaution stellen, wenn man ihn aus dem Gefängnis entlasse. Er behauptete, ein großer Erfinder zu sein, zeichnete die Umrisse eines Schiffs auf Papier und erklärte dies für das von ihm erfundene Unterseeboot, durch das er seinem Vaterlande große Dienste erweise. Im Ausland habe er 5 Millionen Mark zur Verfügung, außerdem sei er mit dem Regenten der Schweiz verwandt, die Schweiz sei Deutschland durch seine Flotte weit überlegen. Nachts will er mit Schlangen kämpfen, die sich an seinem Bett heraufwinden. Alle diese Ideen brachte er nur bei Befragen vor, sonst verhielt er sich vollkommen ruhig und unauffällig. Nahrungsaufnahme und Schlaf zeigten keine Besonderheiten. Dieselben „Wahnideen" äußerte er auch in Briefen an seine Angehörigen und in Liebesbriefen an ein junges Mädchen seines Heimatortes, das ihm nur ganz oberflächlich bekannt war, sowie in verschiedenen Eingaben an Behörden, von denen ich die wichtigsten im Wortlaut folgen lasse:

„H., den 15. Januar 1905.

An die Königliche Staatsanwaltschaft H.

Durch Zufall war ich einstens Zeuge eines schweren Verbrechens. Ein Mann führte zu Lebzeiten seiner rechtmäßigen Frau ein verbotenes Verhältnis, bei welchem er seine Frau folgendermaßen ums Leben brachte: Nachdem sie auf Grund einer anscheinend leichten Krankheit sich zu Bette legte, unterstand er sich, als sie, wie es mir vorkam, schlief, und hob ihr ein Fläschchen unter die Nase und in einem Vogelkäfig, welches neben ihm stund, waren etliche Giftschlangen (Kreuzottern) eingesperrt. Ich stand so, daß er mich nicht bemerkte und da sah ich, wie er ein kleines Türlein öffnete, aus welchem sich bald eine Schlange wand und diese

nahm er hinter dem Kopf und ließ das wütende Tier in den Geschlechtsteil seiner rechtmäßigen Frau beißen, worauf er sie in dem Augenblick als ich einen Schreckensruf ausstieß, herauszog und von sich schleuderte, mich faßte und fragte, ob ich wisse, was er getan habe? Als ich ihm sagte, daß er durch diesen Biß seine Frau heimlich töten wolle, nahm er seinen Revolver, setzte ihn mir auf die Brust und sagte, wenn ich nicht schwöre, zu schweigen, dann töte er mich durch eine Kugel. Aus Furcht vor dem Tode tat ich nach seinem Willen und schwieg bis jetzt. Aber mein Gewissen läßt sich nicht beruhigen, so daß ich dieses Geheimnis nicht mehr länger verschweigen will. Es ist mir als ob ich mitschuldig wäre an diesem Verbrechen. Ich habe mich bei einem Geistlichen nach schwerem Kampfe erkundigt, ob dieser Eid auch wirklich zu halten sei, worauf er mit „nein" antwortete. Tags zuvor hörte ich unter anderem aus dem Munde seiner Mitschuldigen, als er ihr sagte, seine Frau verlasse das Bett nicht mehr, er solle nur nicht so schnell machen, denn sie liege erst etliche Tage im Bett, es könnte sonst verdächtig werden. Darauf sah ich, daß er sie in seine Arme nahm und ihr sagte, da brauche sie sich nicht zu sorgen; weiter konnte ich nicht vernehmen; da jemand auf das Haus zulief, worauf sie ein gewöhnliches Gespräch führten. Ich hatte damals noch nicht geahnt, daß es sich um einen Mord handle. Am andern Tage aber dachte ich gleich, daß dieser Mord vorher ausgemacht wurde und stellte das Gehörte und die Tat zusammen. Auch machen diese Personen Geld und sogar das Geld der Schweiz wurde aus Blei nebst Silber hergestellt. Sie gingen in ihrer Bosheit darauf aus, durch dieses Geld ihre Mitmenschen der Falschmünzerei zu beschuldigen und ins Zuchthaus zu bringen, da sie es ausgeben, um zu bezwecken, daß andere es ausgeben sollten; 4—5 verschiedene Geldstücke wurden einem schweizer Freiherr in die Hand gespielt und Deutschland hat es nur der Gutmütigkeit dieses Freiherrn zu verdanken, daß der Krieg nicht erklärt wurde. Auch ist durch die Bosheit dieser Menschen ein junger Mann wiederholt unschuldig bestraft. Die Beweise gegen diese Verbrechen sind zum größten Teil in meinen Händen, zum Teil in den Händen anderer. Diesen unschuldig bestraften jungen Mann glaubt man anstatt im Gefängnisse auf Reisen in Amerika; hätte sein Regent nur die geringste Ahnung, wo er wäre, dann ginge es ein wenig schief, denn nicht jeder ist so sehr beliebt bei der Regierung wie er. Man sollte aber meinen, daß solche Fälle gar nicht abgeurteilt würden, aber ein Staatsanwalt hat schon zu viel unwahres vernommen, als daß er jedes Wort für wahr halten könnte und da dieser Mann dem Anschein nach in Amerika ist, so kann leicht einer falsche Papiere haben, um ihn zu verleumden, dadurch daß man Verbrechen begeht, sich dann aus dem Staub macht und den Unschuldigen dann festnehmen läßt, nachdem der Verbrecher es so eingerichtet hat, daß der Verdacht auf den Unschuldigen fallen muß. Dieser Verbrecher ist ein Mann, der von dem Mörder mit vielerlei Papieren, welche mit nachgeahmten Stempeln versehen waren,

ausgestattet ist. Einen Namen von diesem Verbrecher kann ich nicht angeben. Auch hat derselbe jedenfalls alle Papiere nicht bei sich, ich weiß nur, daß er viele Diebstähle ausführte, für die ich nur den einen anzugeben weiß, welcher im Jahre 99 im Postgebäude in W. verübt wurde. Auch der Mörder hat etliche Diebstähle auf dem Gewissen, für die ich durchaus glaubwürdige Zeugen angeben kann. In der ganzen Familie ist nur eine Tochter, welche nicht direkt ein Verbrechen auf sich hat, sondern mit ansieht, was alles getrieben wird, ich bin fest überzeugt, daß dieses Mädchen schon längst alles zur Anzeige gebracht hätte, wenn sie ihre Familie nicht berücksichtigen würde; gedroht hat sie ihrer Familie schon etliche mal, sogar im Beisein anderer Leute, deren Namen ich nicht weiß. Es ist also gar nicht so schwer, diese Familie zu entlarven, wenn alle Zeugen, die ich weiß, auftreten nebst den Beweisen, die ich vorzubringen vermag. Im ganzen sind es 8 Zeugen.

Hochachtungsvoll

E. G."

„An Herrn E.!

Kommen Sie gleich nach H., wohin wissen Sie. Bin nicht der, für den Sie mich halten, vorerst nichts zu Marie sagen, möchte sie überraschen. Kosten auf meine Rechnung nachher. E. G."

„H., den 18. Januar 1905.

Geehrter Herr E.!

Entschuldigen Sie gütigst, daß ich mich mit einer Bitte an Sie wende. Sie wissen, daß ich wiederholt bestraft wurde u. meinen, ich mache solche dumme Streiche. Aber dem ist nicht so. Sie wissen nicht, was sich zwischen mich und Ihre Tochter Marie bis jetzt gestellt hat und machen mir immer den Vorwurf, ich mache sie nur unglücklich, aber ich bin gerade so unglücklich. Wenn ich meine Geliebte nicht mehr nach ihrem wahren Werte zu schätzen wüßte, dann würde ich schon längst mit ihr gebrochen haben, anstatt sie immer in banger Ungewißheit zu lassen. Man hat mich verleumdet, weil ich Zeuge eines schweren Verbrechens war; wenigstens weiß ich keinen anderen Grund dafür zu finden. Ich war bis jetzt durch einen Eid, der mir heilig war, zum Schweigen verpflichtet. Aber nicht nur dieses Verbrechen ließ mein Gewissen nicht zur Ruhe kommen, sondern auch das Unglück meiner Geliebten. Ich habe mich erkundigt, ob denn dieser unselige Eid auch wirklich zu halten sei und ich habe die Auskunft erhalten, daß ich es nicht mehr länger zu verschweigen brauche. Ich habe Ihnen ein Telegramm gesandt, aber die Antwort blieb mir zu lange aus, so daß ich glaubte, sie haben es nicht erhalten. Ich habe die Beweise meiner Unschuld in den Händen, aber ich habe sie so gut versorgt, daß sie außer mir niemand zu finden weiß. Wenn Sie die Güte hätten auf Ihr Anwesen 21 000 M. aufzunehmen und mit diesem Geld

nach H. zum hochwohlgeborenen Herrn Schw. kämen, würde ich entlassen, um meine Unschuld gerichtlich nachzuweisen u. eine Verbrecherfamilie zu entlarven. Sie brauchen nicht zu glauben, daß Ihr Geld verloren wäre, denn ich würde mich stets bei Ihnen aufhalten, bis die Sache abgemacht wäre. Es würde höchstens 14 Tage dauern. Sie können mich selbst wie einen Gefangenen bewachen, denn hier muß ich mich ja auch widerrechtlich halten lassen. Aber ich glaube, daß die Fesseln der Liebe und meine Standesehre mächtig genug wären, mich am Durchbrennen zu verhindern. Ich habe seit meinem 15. Lebensjahre für 2 Erfindungen den Freiherrentitel u. ein sehr großes Vermögen, wieviel sage ich jetzt noch nicht. Ich hätte von Ihnen keine Kaution verlangt, aber bis meine Unschuld erwiesen ist, will ich meinen Stand noch verheimlichen und Geld von meinem Schlosse kann ich keines senden lassen, weil den Mechanismus am Schranke niemand kennt und vom Regent kann ich es ebenfalls nicht, weil ich nicht sagen kann, wo ich bin. Also erfüllen Sie meine Bitte, aber telegraphieren Sie gleich an Herrn Schw., daß ich mich noch einrichte. Wenn Sie nicht selbst kommen wollen, so senden Sie Richard oder Marie. Richard erhält statt 21 000 M. 31 000 M. zurück, 10 000 M. als Geschenk und auch noch den Obstgarten bei Ihrem Hopfengarten, welcher zu dem in A. befindlichen Schloß gehört, denn ich will es den A.ern zum Trotz durch Kauf an mich bringen zum zeitweiligen Aufenthalt jeden Monat 3—4 Tag. In der Hoffnung, Sie längstens bis Samstag hier zu sehen oder eines von den unten genannten schließe ich nun mein Schreiben u. grüße alle aufs freundlichste. Wir wollen hoffen, daß ich und Richard in Zukunft auch ohne Maßstab abschlagen mit einander auskommen."

„Inniggeliebte Marie!

Zum erstenmale nach so langer Trennung ergreift Dein Geliebter die Feder, um Dir einige Zeilen zu schreiben. Ich glaube gerne, du mußt an meiner Liebe und Treue Zweifel hegen, aber glaube mir, es ist nicht meine Schuld, daß du von mir so lange vernachlässigt worden bist, denn glücklichere Stunden als die, welche ich mit meiner Geliebten einstens zubringen durfte, gab es für mich nicht. Wohl hätte ich den Aufforderungen Deines Vaters Folge leisten können u. den Deinigen auch, aber daß ich mich von einem rein und unschuldigen Mädchen, das ich mit der ganzen Macht meines Herzens liebe u. das mir mehr wert ist als Ehre und Geld, daß ich mich von meiner Geliebten für einen Verbrecher halten lassen sollte, das war über meine Kräfte. Glaube mir, daß ich manche verzweiflungsvolle Stunde sowohl im Gefängnis als in der Freiheit deinetwegen durchgemacht habe. Schon längst hätte ich Dich freigegeben, wenn ich nicht sagen müßte, dann ist meine Geliebte noch viel unglücklicher als ich. Und zu meinem übergroßen Unglücke soll ich mir von Deinem Vater auch noch sagen lassen, ich liebe Dich nicht u. halte Dir

die versprochene Treue nicht, ich spring sonst überall herum. Was ich die darauffolgenden Nächte geweint und durchgemacht habe, weißt Du nicht. Wenn ich Dich nicht lieben würde, so hättest Du sicher mich nie von Liebe zu Dir sprechen hören, oder eine Klage über mich gehört. Daß Du in A. nicht die einzige bist, die mich zu fesseln suchte, das weiß Dein Vater gut und erst, wenn mein hoher Stand bekannt ist, giebt es derer noch mehr, denn eine goldene mit Edelsteinen u. Diamanten geschmückte Krone möchte jede auf dem Haupte tragen. Aber da ich von dir meiner Geliebten nie einen Vorwurf gehört habe, will ich über solche Beleidigungen Dir zu Liebe hinwegsehen. Geliebte Marie, in kurzer Zeit wird dein Unglück ein Ende haben und dann wirst Du glücklicher sein als alle Anderen Deines Standes. Es hat zwar etwas Schwierigkeiten gegeben bei der Regierung, als ich ein Gesuch einreichte, man solle dich in den Adelstand erheben, aber man tut es doch und sobald du den Verlobungsring besitzest, bist du berechtigt, meinen hohen Titel zu führen.

In der Hoffnung auf ein frohes Wiedersehen grüßt Dich aufs herzlichste Dein Geliebter, einstweilen noch

E. G."

„H., den 24. Januar 1905.

Liebe Mutter!

Deinen Brief habe ich erhalten, bin aber nicht recht klug aus ihm geworden, denn meine Schwester hat so unzusammenhängend geschrieben, daß ich gar nicht weiß, was dir eigentlich gefehlt hat. Ich will hoffen, daß Deine Gesundheit wieder so ist, daß man nichts ernstliches zu befürchten braucht, so daß ich Dich wieder gesund antreffe nach meiner Entlassung. Onkel hat mir nicht einmal auf Weihnachten geschrieben, ich werde es mir aber merken. Liebe Mutter ich könnte Dir jetzt etwas schreiben, aber es würde Deinen Kummer ja doch nicht vermindern; deshalb warte ich bis zu meiner Entlassung, nur das will ich dir schreiben, daß ich es schon weiter gebracht habe als durch eigene Schuld ins Gefängnis. Nehme die Sache von der leichten Seite, als ob es dich gar nichts anginge. Du wirst noch wissen, daß mein Lehrer oft genug zu Dir sagte, daß ich mehr könne als 100 andere, welche studiert haben und man wisse nicht, was aus mir noch werden könne. Seine Vermutung hat sich bestätigt. Gerade so wie man mich jetzt über die Schultern ansieht, gerade so wird man mich nach meiner Entlassung achten. Ich sorge durch die dort gehaltenen Zeitungen schon dafür, daß den A.ern „das Mütchen gekühlt" wird. Vielleicht werde ich von seiner Mayestät begnadigt, dann ist es gut, wenn nicht, so werde ich eben meine Strafe verbüßen oder Sorge tragen, daß ich gegen Kaution entlassen werde. In diesem Falle werde ich Dir etliche Zeit nicht mehr schreiben, denn ich muß sonstige Briefe schreiben. Du wirst mich also entschuldigen. Auf Deinen Wunsch schreibe ich jetzt gleich an Herrn E., schreibe es ab

und setz meinen Namen darunter u. gebe es ab. Sorge auch dafür, daß dieser Brief nicht verloren geht, ich könnte ihn später als Beweisstück brauchen. Nimm auch eine Abschrift von dem, was du abgeben mußtest. Es grüßt Dich aufs herzlichste

Schreibe mir gleich nach Empfang dieses Briefes.

Dein Dich liebender Sohn E."

„Geehrter Herr E.!

Nachdem Sie über meine Person im klaren sind; und ich sowohl auf den an Sie gerichteten Brief wie auch auf den an Ihre Tochter gerichteten vergebens auf Antwort gewartet habe (sogar 8 Tage über die angegebene Frist), so nehme ich an, daß es Ihnen wünschenswert ist, wenn das Band, das mich mit Ihrer Familie verband, zerrissen wird. Es soll so sein. Ich gebe Ihre Tochter frei. Ich werde es zu überwinden wissen. Teilen Sie dies Ihrer Tochter mit. Ich gebe Ihnen nachher Gelegenheit, mir für die zugefügten Beleidigungen (im Eisenbahnwaggon seinerzeit ausgesprochen) Genugtuung zu leisten.

gezeichnet von E. G.".

„An Frau E. G. in A. Bitte nur eigenhändig abzugeben.

H., den 25. Januar 1905.

E. G. geboren am 18. Februar 1883.

Ich kam mit meinem 15. Lebensjahre nach M. als Gärtnerlehrling u. war dort 3/4 Jahre und wurde im Dezember 1898 von der Strafkammer R. zu einer Gefängnisstrafe von 3 Jahren verurteilt. Seit meiner letzten Entlassung war ich in E. in Arbeit gestanden bis zu meiner Verhaftung in einer Kolportagebuchhandlung und Bilder- und Spiegelgeschäft."

„H., den 27. II. 1905.

An Seine Mayestät, König von Württemberg!

Ich lege hier seiner Mayestät ein Verzeichnis über Voraussagungen folgender Personen bei, welchen es in einer Ueberirdischen Erscheinung durch die Gnade Gottes mitgeteilt wurde.

1. im Jahre 1896 durch den Regent der Schweiz.
2. durch Herrn Lehrer P. in A.
3. im Jahr 1899 durch Herrn Lehrer V. im Zellengefängnis in J.
4. im Jahre 1902 durch 3 Gefängnisaufseher im Landesgefängnis F. und durch den Großherzoglichen Amtsrichter und Staatsanwalt in C.
6. im Jahre 1903 durch Herrn Untersuchungsrichter u. den Königlichen Staatsanwalt in R. und durch meinen Vater in A.

Der Regent der Schweiz sagte mir, ich würde zwei Erfindungen machen anfangs des Jahres 1905, welche ich nebst Deutschland auch noch der

Schweiz anbieten würde. Ich würde im Jahr 1905 an den Regent die Bitte stellen, sich mit Deutschland zu vereinigen für immer, so daß Deutschland freien Gebrauch des Goldes u. des Silbers der Schweiz machen könne. Diese Bitte würde mir erfüllt. Den Anlaß dazu gebe das, daß die Schweiz mein Unterseeboot wolle nebst meinem Scheinwerfer; ferner sagte er mir, daß ich ins Gefängnis kommen würde und es würde mir das alles von den obengenannten Personen vorhergesagt. Die letzte Strafe, welche ich erhalten würde, sei 3 Jahre, und so, daß ich über die Zeit, wo dieses geschehen werde, im Gefängnis sei; so daß ich genötigt sei, die Gnade meines Königs anzurufen. Auch würde ich am Geburtsfest Seiner Mayestät mit meinen Mitgefangenen unerlaubterweise verkehren, das alles würde kurz vor meiner Festnahme zuletzt meinem Vater geoffenbart werden, dann hören die Erscheinungen auf, und alle die, welche es erfahren haben, würden es ganz vergessen. Ich selbst würde erst in meiner Strafe wieder durch Gottes Gnade daran erinnert, nachdem die Erfindungen von mir gemacht seien. Diese habe ich nun gemacht, und nachdem ich am Geburtsfest Seiner Mayestät den ganzen Tag auf Befreiung gehofft habe aus den im Gnadengesuch angeführten Gründen, ist in Erfüllung gegangen, was mir gesagt wurde; und da ich den Glauben an Gott treu im Herzen trage, so glaube ich auch an seine Verheißungen; denn er ist mächtig genug, zu Stande zu bringen, was er versprochen hat. Es hat sich bis jetzt alles bis ins kleinste erfüllt, auch das, daß niemand mehr etwas von den Erscheinungen weiß. Ich habe mich bei Herrn Oberjustizrat Schw. erkundigt, da er mir von allen, welche es erfahren hatten, am nächsten ist u. so wird sich auch das zu erwartende noch erfüllen.

Untertänigst gezeichnet von E. G."

„H., den 27. Februar 1905.

An Seine Mayestät, König von Württemberg!

Gnadengesuch

des Gefangenen E. G., welcher am 1. Juli 1903 vor der Strafkammer des Königlichen Landgerichts R. wegen einfachen Diebstahls im Rückfall zu einer Gefängnisstrafe von 3 Jahren verurteilt wurde und zur Verbüßung derselben in das Königliche Landesgefängnis H. verbracht wurde. Ich habe mehr als die Hälfte meiner Strafzeit verbüßt u. bin zur Einsicht meines Unrechtes gekommen und muß mir immer wieder sagen, daß ich mich schwer gegen die Gesetze seiner Mayestät verfehlt habe. Da Seine Mayestät vom Rechte der Gnade Gebrauch machen kann, so wage ich es, die Gnade meines Königs anzurufen. Wohl ist es Pflicht der Richter nach dem Gesetz zu handeln u. jeden Übertreter nach Maßgabe der Gesetze zu bestrafen, aber noch schöner ist das Recht der Gnade. Denke sich Seine M. in meine Lage, wie ich wegen einer unüberlegten Handlung schon so lange Zeit im Gefängnis schmachte, fern von Eltern und Geschwistern. Denke sich seine M. den großen Schmerz meiner Mutter,

der aus jeder Zeile der mir zugeschickten Briefe zu lesen ist u. der mir Tag und Nacht vor Augen schwebt. Ich ließ mich bei meinem Verbrechen willenlos von meinen Gedanken leiten, ohne daran zu denken, wie unglücklich ich mich u. meine arme Mutter damit mache. Als der Tag des Geburtsfestes S. M. anbrach, da hoffte ich den ganzen Tag auf Befreiung, weil ich dachte, eines meiner Angehörigen rufe die Gnade des Königs für mich an; aber man glaubte, man werde mich als wiederholt bestraft nicht begnadigen u. so wollte man sich jedenfalls die schwere Täuschung ersparen. Ich aber zweifle nicht, daß S. M. mich meiner Familie huldvoll zurückgibt. Ich gebe S. M. das heiligste Versprechen, daß ich mein ganzes Leben die Gesetze nicht mehr übertreten werde. Auch werde ich meinem König dankbar sein und zwei Erfindungen (ein Unterseeboot nebst Scheinwerfer) für mein Vaterland ohne allen Eigennutz ausnützen. Aus anderen Gründen wird Deutschland noch vielmehr durch mich erhalten. In der Hoffnung, daß ich nicht vergebens auf Befreiung harre, schließe ich untertänigst mein Schreiben mit dem Wunsch, daß ich durch mein nachträgliches Gesuch meinen König nicht beleidige.

Untertänigst gez. von E. G."

Da man auf Grund dieser Vorkommnisse an der geistigen Gesundheit des G. zu zweifeln begann, wurde eine genaue Untersuchung durch den Anstaltsarzt veranlaßt, der zu folgendem Urteil kam: „Ich kann den Verdacht nicht unterdrücken, als ob G. diese Geschichten, als Frucht früherer Lektüre, sich zusammengereimt hat, aber die Möglichkeit einer psychischen Erkrankung mit Verfolgungs- und Größenwahnideen ist nicht von der Hand zu weisen." Der Direktor der Strafanstalt war der festen Überzeugung, daß G. n i c h t simuliere. Da also an G.s geistiger Gesundheit gezweifelt wurde, so wurde er am 14. März 1905 der Irrenabteilung für Strafgefangene in L. zugeführt.

Der Krankengeschichte der dortigen Anstalt entnehmen wir folgendes: „Bei der Aufnahme zeigte Patient ganz das oben geschilderte Verhalten, äußerte auf Befragen stets die gleichen Vorstellungen, benahm sich aber sonst vollkommen normal; bei einer Intelligenzprüfung zeigte er sehr gute Kenntnisse und antwortete sehr prompt.

Alle seine phantastischen Behauptungen brachte er lächelnd und ohne Affekt vor.

Drei Tage nach der Aufnahme versuchte er zu entweichen, wurde jedoch daran rechtzeitig verhindert.

Während G. sich im allgemeinen geordnet verhielt, fleißig arbeitete und zu keinen Klagen Anlaß gab, kamen zwischenhinein immer wieder Tage, an denen er sich unbotmäßig und frech aufführte, gewalttätig gegen andere Kranke war und deshalb isoliert werden mußte. Einmal versuchte er auch durch Nahrungsverweigerung eine bessere Kost zu erlangen, gab diesen Versuch aber schon nach wenigen Tagen wieder auf. Von seinen

Wahnideen äußerte er spontan nichts, bot auch sonst keinerlei Krankheitszeichen, besonders keine, die auf eine Bewußtseinstrübung schließen ließen. Er schrieb in dieser Zeit eine Reihe von interessanten Briefen:

„L., 20. III. 05.

Liebe Mutter!

Ich teile Dir mit, daß ich nach L. versetzt wurde. Ich habe Dir aus diesem Grunde solange nicht mehr geschrieben, und weil ich immer f. Begnadigung hoffte. Denke nicht, daß ich es hier schlimmer habe wie in H. — Da ich jetzt noch nicht entlassen werde, so will ich Dir mitteilen, daß ich in der Schweiz schon einmal 2 Erfindungen gemacht und dafür 5 000 000 Fr. erhalten habe. Wo ich dieses Geld habe, kann ich Dir jetzt nicht sagen. Ich habe jetzt noch einmal eine Erfindung gemacht, ein Unterseeboot. Frage auch Onkel, ob er mir einstweilen von seinem Vermögen 20 oder 30 M. senden will, denn ich habe von Herrn Direktor die Erlaubnis erhalten, wenn die Verzeichnisse angefertigt seien, zehren zu dürfen und ich habe nur noch 10 M. hier und die möchte ich als Reisegeld zurücklegen. Es wäre mir lieb und recht, wenn er mich einmal besuchen würde, damit ich ihm eine Zeichnung anvertrauen könnte, über meine Erfindung, denn hier könnte ich sie verlieren und später vielleicht nicht mehr zusammenbringen, denn sie ist sehr fein ausgearbeitet, und es kommt auf eine Kleinigkeit an, so stimmt es nicht mehr. Es könnte ja möglich sein, daß er den zweiten Brief gar nicht erhalten hat, so daß ich ihm jetzt umsonst böse bin.

Es grüßt Dich Dein Dich liebender Sohn

E. G."

„L., 3. IV. 05.

(G. mußte gestern, weil ganz unbotmäßig und ungezogen, isoliert werden. Er schreibt heute an das Königl. Justizministerium folgende Beschwerde):

Ich unterzeichneter wende mich nun noch einmal an das Ministerium der Justiz. Ich wurde am 1. Juli 1903 von der Strafkammer des Königl. L.R. zu einer Gefängnisstrafe von 3 Jahren verurteilt. Ob schuldig oder nicht, das bleibt sich diesesmal gleich. Was ich bis zu meinem 21. Lebensjahr durchmachen mußte, das wußte ich schon mit dem 12. und 13. Lebensjahre durch die Offenbarung Gottes; aber ich habe mich aus Vaterlandsliebe geduldig in alles gefügt. Auch wollte ich nicht gewaltsam in Gottes weise Ratschlüsse eingreifen. Ich will und kann meinem Vaterland einige unschätzbare Dienste erweisen:

1). habe ich im Januar d. Jahres ein Unterseeboot erfunden, welches (wie ich durch Gottes Offenbarung weiß), das beste der ganzen Welt ist.
2). liegt es in meiner Macht, dem Deutschen Reiche tausende von Zentnern Gold und Silber zu geben; Aber ich habe dabei m. freien Willen und kann

es jedem anderen Auslande, welches kein Gold und Silber hat, zukommen lassen. In Frankreich würden sie mich sogar zum Kaiser ausrufen, wenn ich wollte. Auch wäre ich nie ins Gefängnis gekommen, hätte ich mich nicht in Gottes Anordnung gefügt. Aber die Behandlung, welche ich hier habe, ist nicht nach Gottes Willen, deshalb ist es mir unmöglich, mich in dieselbe zu fügen; denn für das, was hier mir fehlt, dafür müssen alle büßen, und das ist ganz dazu angetan, daß ich statt Liebe z u m Vaterlande, Haß g e g e n dasselbe empfinde ... Könnten menschliche Kräfte etwas gegen Gottes Allmacht ausrichten, so wäre ich schon lange nicht mehr am Leben, da man mir schon Giftschlangen in und unter das Bett gelegt hat. Auch habe ich mich von solchen schon beißen lassen, ohne die Wunde zu reinigen, und dies ist eine so gefährliche Sache. Mein Leben durch Selbstmord enden, kann ich nicht, glaube daß es eine Ewigkeit giebt, wodurch Menschenernten je 2 mal gesäet und so bleibt mir nur das Schwert des Scharfrichters übrig.

Gezeichnet von E. G. hochachtungsvoll."

„An die Königl. Staatsanwaltschaft R. (L. 11. 6. 1905).

Derselben erstattet der Unterzeichnete den Bericht, daß er nun im Besitze vollständiger Beweise seiner Unschuld ist. Ich wurde am 1. Juli 1903 v. der Strafk. R. unschuldig zu einer Gefängnisstrafe von 3 Jahren verurteilt, wegen Verdacht des mehrfachen Diebstahls. Der wirkliche Verbrecher jedoch ist bei den mir zur Last gelegten Diebstählen ein gewisser Schlosser, welcher sich zur Zeit, in welcher die Diebstähle ausgeführt wurden, wiederholt in jener Gegend aufgehalten hat. Obgleich derselbe damals bei einem Viehhändler in Arbeit stand und einen ziemlich hohen Verdienst hatte, so führte er doch ein verschwenderisches Leben, daß er öfter in Geldverlegenheit geriet u. in einer solchen die Diebstähle ausführte; derethalben ich schon zwei Jahre unschuldig im Gefängnis schmachte. Bis jetzt konnte ich der K. St. A. keine bestimmten Mitteilungen über den wirklichen Täter machen, weil ich über dessen wahren Namen und bisherigen Aufenthalt nichts wußte. Derselbe befindet sich gegenwärtig in Haft. Damit derselbe nichts von der gegen ihn gerichteten Anklage erfährt, nenne ich hier keinen Namen. Ich ersuche die K. St. Anw. deshalb um eine Anordnung, daß ich durch das K. Amtsgericht L. vernommen werde. Denn das Nähere möchte ich nur dem Gericht anvertrauen. Über den Täter wurde mir alles durch eine überirdische Erscheinung mitgeteilt. Daß die Sache keine einem Geist entsprungene Idee ist, beweist das, daß ich dem Anstaltsarzt etliche Tage vorher die Mitteilung machte, daß ich eine Erscheinung gehabt habe und daß sich dieselbe wiederholen werde. Dasselbe fand Sonntag den 10. Juni des Jahres statt, wie ich vorhergesagt habe. Näheres über die Verwendung gestohlenen Geldes habe ich auf anderem Wege erfahren. Daraus ist zu ersehen, daß die Erscheinung auf Wahrheit beruht. Die K. St. A. ersuche

ich noch einmal dringend um eine mündliche Vernehmung vor dem K. Amtsg. L. Mit dem Wunsche, daß mir meine Bitte gestattet wird, beende ich die hier gemachten Mitteilungen.

Mit größter Hochachtung gez.

E. G."

„L. 23. 7. 05.

Geliebte Marie!

Nachdem ich Dir schon öfter geschrieben habe, aber keine Antwort erhalten habe, denke ich, daß Du nie einen Brief bekommen hast. Tag für Tag erwartete ich einen Brief von Dir, meiner Geliebten; daß Du auch gleich anderen Leuten glaubst, ich habe die Laufbahn der Verbrecher betreten, kann man für selbstverständlich halten. Meine Geliebte, ich will Dir nun alles der Wahrheit gemäß schreiben. In meiner Jugend war ich einstens Zeuge eines schweren Verbrechens. ....Bis jetzt hat Dein Vater immer vorwurfsvoll zu mir gesagt, ich liebe Dich nicht und mache Dich nur namenlos unglücklich; ja er ging soweit, mich zu beleidigen im Beisein von einem ganzen Eisenbahnwaggon voll Menschen, indem er mir vorwarf, ich habe es weit mehr auf Dein Vermögen abgesehen. Meine gel. Marie, dieser Vorwurf trifft mich so ungerechter Weise, daß ich diese Kränkung bis heute noch nicht vergessen konnte. Daß ich Dich vernachlässigt habe, gebe ich zu, aber meine Ehre verbot es mir, mit Dir, einem Mädchen, dessen Ehre nicht die geringste Makel befleckt, zu verkehren. Du wirst selbst zugeben müssen, daß es für Dich peinlich gewesen wäre, mit einem Menschen, den die Welt als einen Verbrecher behandelt, vor den Menschen oder auch nur vor Deinen Eltern zu verkehren. Deshalb habe ich Dich gemieden, so sehr ich mich immer nach Dir sehnte. Daß ich mich auf Deine Liebe und Treue verlassen konnte, das wußte ich. Wohl hast Du die Freuden, die Dir aus unserer Liebe hervorgingen, teuer bezahlen müssen durch Dein Unglück, aber Deine Liebe zu mir, welche Dir ja meine Liebe sichert, hat, wie ich hoffe, auch in Dir große Sehnsucht nach Deinem Geliebten erweckt. Sind wir jetzt wenig glücklich gewesen, so sind wir es nachher um so mehr. Denn nach meiner Entlassung kann mich nichts mehr von Dir trennen. Wie oft habe ich nachgedacht, daß ich mein Unglück noch gern tragen würde, wenn nur Du meine Geliebte glücklich wärest. Ich wollte den Mord schon oft zur Anklage bringen. Im Gefängnis würde das besser gehen dachte ich aber es hat seine Haken. Weil ich nämlich gesagt habe unter Anderem: Ich habe im Ausland zwei Erfindungen gemacht und dafür 5 Millionen und den Verdienstadel erhalten und ich habe jetzt noch einmal eine Erfindung gemacht, so haben meine Vorgesetzten gedacht, ich sei verrückt u. spinne und mich dabei in ein Irrenhaus gebracht, welches zugleich als Strafanstalt dient. Um aber mein Recht zu erhalten, wende ich mich an Dich, Deinen Vater zu bitten, daß er mir 10—15 000 M. sendet oder mich besuche, wenn er es der Bahn

nicht übergeben will bis zu meiner Entlassung. Ich möchte die ganze Sache einem Kriminal-Schutzmann übergeben, damit er die Sache heimlich untersucht. Da ich Beweismittel in den Händen habe, so ist es leicht, den Täter zu entlarven. Da aber die Sache mit großen Kosten verbunden ist und ich mein Vermögen im Auslande habe, so wende ich mich durch Dich an Deinen Vater. Da er mir vor meiner Verhaftung Kaution stellen wollte, wo wir mit einander heimgefahren sind, so wird er Dir Deine Bitte gewiß nicht abschlagen. Da ich mein Fortune (Vermögen) im Auslande habe und dasselbe groß ist und ich nur auf wiederholtes Drängen gesagt habe: in der Schweiz, was natürlich nicht wahr ist, so ist es nicht leicht zu suchen und deshalb muß ich halt verrückt sein. Es ist ja sicher, daß mein Name im Ausland in die dort vorherrschende Language translate is (Sprache übersetzt ist). Da ich mehrere Sprachen rede, so ist es so ziemlich sicher, daß ich wieder ins Ausland gehe und dort etliche Jahre bleibe. Da mir mein Vermögen keine Hindernisse in den Weg legt, solche Unkosten zu machen wie die Sache kostet, bin ich in etlichen Wochen im Besitze meiner Freiheit und dann hat das Unglück meiner Geliebten ein Ende. Da ich weiß, come sei bone (wie gut du bist) und wie sehr Du mich liebst, so werde ich alles aufbieten, um Dich in den Besitz ungestörten Happines's to set (Glückes zu setzen). Sollte Dein Vater meiner Bitte nicht nachkommen wollen, so werde ich meine Strafe ganz verbüßen. Die 11 Monate gehen dann auch vollends herum. In the Hoppe (in der Hoffnung) auf baldige Antwort schließe ich mein Schreiben. Es grüßt Dich herzlich

Dein Dich innigliebender

E. G."

„L. den 6. 8. 1905.

Der Königl. Staatsanwaltschaft R.

Derselben hat der zur Zeit in der IrrenAbteilung L. befindliche Gefangene E. G. schon vor Monaten Mitteilung über einen verübten Mord gemacht. Dieselbe wurde jedoch von der K. St. verworfen, weil sie mich nicht für geistig normal hielt. Über diesen Beschluß habe ich mich bei der K. Generalstaatsanwaltsch. beschwert. Ich wurde jedoch zurückgewiesen, weil meine Beschwerde kein Datum hatte.

Da ich in meiner Eingabe an die K. St. R. weder den Mörder noch sein Opfer genannt habe, so erlaube ich mir, bei der Königl. Staatsa. höflichst anzufragen, ob dieselbe gewillt sei, eine Untersuchung einzuleiten, wenn ich Täter und Opfer namhaft mache und Zeugen nenne, welche den Verdacht über den Mord mir gegenüber auch schon geäußert haben. Wenn man mich für geisteskrank hält, so kann man doch nicht auch die Zeugen für geisteskrank halten. Die Zeugen sind von A. und es ist mir nichts bekannt, daß daselbst die Geisteskrankheit so vorherrsche, daß die K. St. A. denken könnte, es haben auch die Zeugen solche Ideen,

wie man von mir glaubt, welche zu haben. Ich erlaube mir noch einmal die Frage, ob die K. St. A. Willens ist, eine Untersuchung einzuleiten, wenn ich den Täter und sein Opfer, Zeugen u. s. w. angebe oder ob die K. St. A. von mir grundsätzlich keine Anzeige annimmt. In diesem Falle sehe ich mich genötigt, mich gegen die K. St. A. weiter zu beschweren.

Gez. mit größter Hochachtung von E. G.

Nach den diesbezügl. §§ der St. P. O. bitte ich um Beantwortung meiner Eingabe in der gesetzlichen Frist."

„Hausärztliche Äußerung.

Der seit 14. März d. J. in der Irrenabteilung H. verpflegte E. G. ist geisteskrank. Was den von ihm angezeigten Mord anlangt, so handelt es sich dabei darum, daß G. zugesehen haben will, wie ein Mann seine Ehefrau dadurch getötet habe, daß er sie von einer Schlange beißen ließ, und zwar in die Geschlechtsteile. Der Mann habe ihn durch einen vorgehaltenen Revolver gezwungen, zu schwören, daß er die Sache nicht verrate. Nachdem G. inzwischen in Erfahrung gebracht haben will, daß ein derartig erzwungener Eid nicht gültig ist, will er den Fall zur Anzeige bringen.

L., 7. VIII. 05. Medicus."

„L. den 14. I. 06.

Beschwerde des Gefangenen E. G., welcher vor 3 Wochen dem Herrn Hausarzt folgendes eröffnete:

daß der Zuchthausgefangene B. einen Fluchtversuch plante und zwar folgendermaßen: Ich solle ihm behilflich sein Aufseherskleidung und Schlüssel zu verschaffen. B. meinte es ginge dies sehr leicht, wenn man einen Aufseher zur geeigneten Zeit überfallen und ermorden würde, dann sein Zimmer zu öffnen und aus dem Kleiderkasten Uniform und Säbel zu nehmen und als Aufseher verkleidet zum Tor hinaus zu gehen nach K. Dort könnte man irgend eine Familie oder einzelstehende Person ermorden, um Kleider und Geld zu erhalten, um ins Ausland zu entkommen, aber daß der Arzt der Sache keinen Glauben schenkte, beweist, das, daß er zu mir sagte, es habe mir nur geträumt. Daß jedoch meine Aussagen auf Wahrheit beruhen, beweist das, daß B. jetzt wieder mit einem anderen Gefangenen dasselbe besprach, wie mit mir. Auch da wurde es wieder zur Anzeige gebracht. Ich glaubte richtig gehandelt zu haben, als ich mit dieser Anzeige ein doppeltes Verbrechen verhüten wollte. Nach der Ansicht vom Arzt wurde ich als Denunziant ganz verächtlich behandelt und selbst von meinen Mitgefangenen muß ich manches hören. Drei Tage nach meiner Anzeige kam B. wieder in unsern Arbeitssaal und sein erstes was er tat, war, daß er einem Mitgefangenen sagte, er wolle an mir auf abscheuliche Weise seine Rache nehmen. Ich ersuche den Herrn Di-

rektor die Sache zu untersuchen, damit ich aus dieser Angelegenheit herauskomme. Auch bitte ich, daß der Gef. St. darüber vernommen wird, auf welche Weise B. sich an mir rächen wollte. Ich glaube nicht, daß der Arzt richtig gehandelt hat, als er den B. immer in Schutz nahm und ihn in kurzer Zeit 6 mal in Gemeinsamhaft verbrachte, wenn man weiß, wie er auf ganz gemeine Weise den Gefangenen H. und M. beim Arzt denunzierte, nur um mit diesem Denunzieren seinen Schurkenstreich auszuführen und den Arzt in Sicherheit zu wiegen. Oder wenn man seine Hetzereien betrachtet, wie er bald das Personal bald die Gefangenen hintereinander hetzt. Ist es nicht gemein, wenn ein Gefangener zum Arzt läuft und sagt: ich will Ihnen in die Hand arbeiten, aber Sie müssen es auch annehmen, der Gef. H. und M. wollen einen Fluchtversuch machen, wenn er doch selbst einen Mord begehen will. In dieser Zeit, wo B. in diesem Hause ist, ist es jetzt das 5. mal, wo er eine Entweichung plant, bei den ersten zwei wurde er abgewiesen, wie er mir selbst sagte. Seit die Schurkenstreiche von B. aufgeklärt sind, ist alles so erbost über ihn, daß er wenn er bei der letzten Hetzerei nicht so schnell vom Arzt aus dem Saal geholt worden wäre, unbarmherzig geschlagen worden wäre. Wenn B. in Gemeinsamhaft ist, ist es, wie wenn eine Bestie in eine friedliche Herde einbricht. Hätte B. nicht eine große Hilfe und Stütze beim Arzt, so würde ich mich nicht genötigt sehen, gegen einen Mitgefangenen Beschwerde erheben zu müssen. Daß B. eine Hilfe vom Arzt hat, beweisen die Worte: Herr S. steht mir nur bei, weil er Angst vor mir hat. Diesen Ausdruck können alle meine Mitgefangenen bestätigen, weil B. den Herrn Arzt offen als Feigling hinstellt. Kaum war B. unten so ging es gegen uns oben los, namentlich gegen mich, wo er zum Gef. H. sagte, er solle mich auf dem Abort erwürgen. Obwohl B. mir immer nachschlich, wenn ich auf den Abort ging, um sein Vorhaben auszuführen, so gelang es ihm wegen meiner Vorsicht nicht. Deshalb suchte er H. dazu zu verleiten, wobei er aber an die falsche Adresse geriet. H. beschwerte sich selbst beim Arzt. Ich bitte den Herrn Dir. nochmals meine Angaben zu untersuchen, damit Licht in die Sache kommt.

Hochachtungsvoll

E. G."

„An das Königl. Strafanstaltenkollegium

Stuttgart.

Demselben gestattet der Gefängnisgef. E. G. Nr. 788, zur Zeit in der Irrenabteilung L. befindlich, folgende Beschwerde vorzulegen.

Den Anlaß zu dieser Beschwerde gab die willkürliche Behandlung von seiten des Herrn Arztes. Da ich mich in höflichen Worten wegen einem Halsleiden an den Herrn Arzt wendete, so dachte ich, daß es keinen Anstand geben würde, daß er mir helfen würde. Aber Herr Dr. sagte mir, daß er mir erst etwas geben würde, wenn das Übel größer sei. Als der

H. Dr. mich etliche Tage darnach im Zimmer sah und ich ihm mein Anliegen noch einmal vortrug, sagte er, ich habe darüber noch nichts geäußert, obwohl es gesagt wurde im Beisein eines Aufsehers. Herr Dr. ließ mich nach 6 Tagen zu sich ins Zimmer rufen und gab mir erst etwas, nachdem ich unerträgliche Schmerzen hatte. Nebenbei habe ich noch eine Vergrößerung der Schilddrüse, welche, wenn sie schnell wachsen würde, in einen Kropf ausartet. Auch da könnte Herr Dr. leicht helfen, wie er mir selbst sagte. Aber er will sehen, wie schnell die Drüse sich vergrößert. Ich aber glaube, daß, wenn man noch länger zusieht, die Sache so schnell wächst, daß mein Hals so verunstaltet wird, daß ich dann, wenn ich auch wieder geheilt werden kann, doch längere Zeit daran habe. Eine weitere Beschwerde habe ich über die hier verabreichte Kost anzubringen. Aus mir selbst unbekannten Gründen vermag ich dieselbe entweder gar nicht, oder nur in ganz geringer Menge zu genießen. Sie wiedersteht mir einfach, und wenn ich mich zum Genuß der verabreichten Menge zwinge, wird es mir unwohl. Bei dem geringen Quantum, das ich genießen kann, vermag ich jedoch nicht zu bestehen. Deshalb bin ich, um bei der Kost bestehen zu können, auf die gestatteten Extra-Genußmittel angewiesen, welche ich mir jedoch aus meinen eigenen Mitteln anschaffen muß.

Meine Geldmittel, über welche ich hier verfügen kann, sind jedoch so gering, daß der Zeitpunkt vorausgesetzt ist, an dem dieselben erschöpft sind; dann bin ich nicht mehr in der Lage, mir die Extra-Genußmittel anschaffen zu können und ich bin dann auf beständige Hungerkost gesetzt. Der Verdienst, der hier den Betrag von 10 Pfg. nicht übersteigt, wird nicht ausreichen zur Anschaffung von Extra-Nahrungsmitteln in bisheriger Menge. Es ist zwar Gewichtszunahme bei mir vorhanden. Ich bin aber bei meinem 22. Jahr so schwach, daß man mich für 15 oder 16 Jahre halten könnte, der Statur und Größe nach. Die Natur scheint jetzt das Versäumte nachholen zu wollen, denn ich bin in den letzten 2 Jahren mindestens um 20—25 cm gewachsen und so fühle ich mich in hiesigen Verhältnissen trotz Gewichtszunahme nicht wohl. Um das angetretene Wachstum nicht weiter aufzuhalten, ist es für mich wünschenswert, körperlich so gesund zu sein, jede Kost vertragen zu können, oder wenn sich das nicht erzwingen läßt, eine Kost zu erhalten, bei welcher ich mich wohler befinden würde als bisher. Um diese Kost, welche ich vertragen könnte, wendete ich mich an den Arzt, aber meine Bitte blieb unbeantwortet. Auch die Vespermilch, welche hier früher gratis allgemein verabreicht wurde, ist aus mir unbekannten Gründen allgemein wieder abgeschafft worden. Da ich, bevor ich hierher kam, in der K. St. H. war, so konnte ich mir dort mehr Extra-Genußmittel anschaffen. Außerdem wurde mir daselbst vom Arzt Morgen- und Vespermilch verabreicht. Mehr als 10 Pfg. kann ich hier nach der Hausordnung nicht verdienen pro Tag und da ich zuerst 8 Pfg. pro Tag u. die Milch hatte, so war ich besser daran als jetzt, da ich 10 Pfg. verdiene und mir die Speisen alle kaufen muß.

Nachdem ich meine Beschwerde hierdurch vorgebracht habe, möchte ich das verehrliche K. St. A. K. höflichst bitten; dahin entscheiden zu wollen, daß die hier bestehenden Mißstände abgeschafft werden u. ich ganz oder teilweise eine Kost erhalte, welche mir zuträglicher ist als die jetzige. Einer Antwort entgegensehend, zeichnet sich mit größter Hochachtung

H. L. den 9. VII. 05. E. G. Irrenabteilung."

Im Laufe des Jahres 1906, als sich seine Strafzeit dem Ende näherte, trat eine wesentliche Änderung in G.s Verhalten ein. Er wollte nunmehr von all seinen Behauptungen nichts mehr wissen, das sei alles „dummes Gerede" gewesen. Er habe gedacht, man habe es in L. besser als im Gefängnis, und habe deshalb diese Sachen behauptet, er wisse wohl, daß er weder Unterseeboote konstruieren noch viel Geld verdienen könne, das sei alles ebenso dummes Zeug wie seine phantastische Schlangengeschichte. „Wenn es ein Vergehen war, solche Dinge zu erfinden, dann solle man ihn dafür bestrafen, aber geisteskrank sei er weder jetzt noch zur Zeit der fraglichen Behauptungen gewesen." Dabei wies er darauf hin, daß er in dem letzten halben Jahre seiner Strafzeit keine solchen Sachen mehr gesagt habe. Anfangs habe er ja wohl oder übel noch daran festhalten müssen. Auch der Aufseher bestätigt, daß G. nur in der allerersten Zeit seines Aufenthaltes in L. derartige Äußerungen getan habe; im übrigen sei G. intelligent und aufmerksam, aber ein Lausbub und frech.

In Erwägung der Tatsache, daß G. nie ernstliche Schwierigkeiten gemacht hatte und zur Zeit seiner Entlassung alle irgendwie krankhaft scheinenden Behauptungen in Abrede gestellt hatte — wie man annahm, dissimulierte —, so wurde am Ende seiner Strafzeit seine Entlassung in die Freiheit befürwortet, vorausgesetzt, daß seine Eltern bereit und in der Lage seien, ihn aufzunehmen und gehörig zu beaufsichtigen. Er wurde am 30. Juni 1906 entlassen.

Die Frage, ob G. geisteskrank sei oder simuliere, hatte den behandelnden Anstaltsarzt in L. dauernd beschäftigt. Schließlich hatte er sich doch für Geisteskrankheit und spätere Dissimulation entschieden. Dazu trug vor allem die Tatsache bei, daß G. schon zu einer Zeit Wahnideen äußerte, als die Irrenabteilung des Gefängnisses überhaupt noch nicht eröffnet war, und daß G. auf den Hinweis, der Bürger von A., den er der Ermordung seiner Ehefrau bezichtigte, werde zweifellos Schritte gegen ihn unternehmen, stets zur Antwort gab, er werde den Beweis seiner Behauptungen erbringen. Hierzu kam noch neben auffallenden Degenerationszeichen (kindlicher Körperbau, abnormer Penis u. a.) das deutlich gehobene Selbstgefühl, der große Hochmut, den G. trotz allen bubenhaften Benehmens immer zur Schau trug. Der Arzt hatte den Eindruck, daß G. von dem Augenblick an zu d i s simulieren begann, als die Zeit seiner

Entlassung bzw. seiner eventuellen Verbringung in eine Irrenanstalt naherückte.

G. wurde also am 1. Juli 1906 aus der Irrenabteilung der Strafanstalt nach Hause entlassen. Er trat nun in eine Fabrik als Arbeiter ein, verübte aber schon am 8. August einen Ladendiebstahl, angeblich aus Ärger darüber, daß ihm sein neuer, von seinen Ersparnissen gekaufter Anzug bei einem Zusammenstoß mit einem Radfahrer vollständig zerrissen wurde. Auf der Flucht wurde er verhaftet und dem zuständigen Amtsgericht überliefert. Dort wurde er von dem Gefängnisarzt untersucht, der in seinem Gutachten u. a. folgendes berichtet: Die Frage nach etwaigen Geisteskrankheiten in seiner Familie verneinte G., fügte aber sofort hinzu: „Oh, jetzt weiß ich, wohin das hinaus will, man will mich wieder als geisteskrank erklären und in eine Irrenanstalt bringen; im Gefängnis in H. bin ich vom Arzt so sehr hintergangen worden und ist dieser daran schuld, daß ich auf die psychiatrische Abteilung in L. verbracht wurde." Der dortige Arzt, der ihn öfters untersucht habe, hätte ihn doch gewiß nicht entlassen, wenn er geisteskrank wäre. Weiterhin bemerkte er, man solle ihn doch in Ruhe lassen, er gebe den Diebstahl gerne zu und bekomme dafür auch seine Strafe. Auf weiteres Zureden gab G. dann an, er sei in die Irrenabteilung versetzt worden, weil er Geisteskrankheit simuliert habe. Zögernd erzählte er dann weiter: Im Gefängnis in H. habe er nach aufmerksamem Durchlesen einer Abhandlung über das englische und amerikanische Unterseeboot selbst darüber nachgedacht, sich dann damit befaßt, eigene Zeichnungen und Beschreibungen zu entwerfen, er habe lange über die Sache sinniert und schließlich selbst an eine eigene Erfindung gedacht, wie man eben in der Langeweile im Gefängnis auf alle möglichen Gedanken komme. Die Zeichnung usw. sei zufällig von einem Aufseher entdeckt und dem Direktor überbracht worden. Dem Arzte habe er dann ausführliche Mitteilung über sein Unterseeboot gemacht, nachdem dieser ihm zuvor Stillschweigen versprochen habe, derselbe habe aber sein Wort gebrochen. Schließlich meinte jedoch G., ob er damals unsinnige Behauptungen simuliert, oder ob diese wirklich seine Überzeugung gewesen seien, bleibe dahingestellt. Sicher sei nur, daß er in L. wieder von diesen Gedanken abgekommen sei. Meine Frage, weshalb er dann 5/4 Jahre in der Irrenabteilung zurückgehalten worden sei, beantwortet er dahin, daß seine Rückbeförderung umständlich und mit Kosten verknüpft gewesen wäre; auch habe der Arzt damals gerade die Fabrikation von Topfmanschetten eingeführt, welche er besonders gut habe anfertigen können, und deshalb sei er zurückgehalten worden. Der Arzt kam dann auf das von G. in L. verfaßte Gesuch um Wiederaufnahme des Verfahrens zu sprechen und frug, wie es sich mit der Aussage verhalte, daß ihm die Mutter Gottes den wirklichen Täter bezeichnet habe. G. erzählte hierauf ausführlich, mit ihm sei in L. ein A. M. aus S. interniert gewesen, der sich nach vorheriger genauer Unterredung als Täter bekennen wollte,

da er wegen seiner Geisteskrankheit doch nicht bestraft werden könne, auch könne ihm, dem G., der fragliche Diebstahl gar nicht bewiesen werden. Inzwischen habe aber G. mit M. Streit bekommen, da er dessen unsittlichen Anforderungen nicht nachkommen wollte, und sei er somit mit seiner Beschuldigung von M. im Stich gelassen worden. Die ganze Sache sei aber zuvor bis ins einzelne genau abgekartet gewesen. Am Schluß seines Gutachtens äußert sich der Arzt folgendermaßen: „Wenn nun auch für den Mangel an sittlichem Halt und Gefühl, wie er bei G. seit seinem 15. Jahre in seinen immer wiederkehrenden Handlungen nachzuweisen ist, zurzeit eine die freie Willensbestimmung ausschließende krankhafte Störung der Geistestätigkeit nicht in die Erscheinung tritt, so „verdient doch die in den Akten ausgesprochene Äußerung des Vorstandes der Irrenabteilung in L. alle Berücksichtigung, daß G. an chronischer Verrücktheit leidet, und ebenso die Äußerung des dortigen Hausgeistlichen, daß sich die Verrücktheit zeigt, wenn er auf seinen Wahn zu sprechen kommt. Wenn G. bei meiner Untersuchung seine etwaigen krankhaften Ideen und Überzeugungen verhehlt, sie dissimuliert, so kann der Grund darin liegen, daß er damit seine Einweisung in eine Irrenanstalt zu vereiteln sucht. Um nun zu einem bestimmten Urteil über den Zustand des G. zu gelangen, wird sich eine mehrwöchige klinische Untersuchung und Beobachtung in einer Irrenanstalt empfehlen".

Daraufhin wurde G. am 4. Oktober 1906 der Psychiatrischen Klinik in Tübingen zur Beobachtung auf seinen Geisteszustand überwiesen. Die körperliche Untersuchung ergab: „G. ist ein kleiner, grazil gebauter Mensch von sehr jugendlichem Aussehen und weiblichem Habitus. Die Nasenwurzel ist auffallend breit, die Augen sind etwas schlitzförmig, stehen weit auseinander. Das Geschlechtsglied ist sehr groß. Sonst finden sich keine der sogenannten Degenerationszeichen. Die Schilddrüse ist leicht vergrößert. Schlund- und Hornhautreflexe fehlen. Im übrigen finden sich sonst keinerlei körperlichen Veränderungen.

G. war zeitlich und örtlich vollkommen orientiert, faßte sehr gut auf und zeigte für seinen Bildungsgrad gute Schulkenntnisse. Auf Fragen antwortete er sehr prompt, drückte sich ganz gewandt aus und schilderte sein früheres Leben recht geschickt. Er machte dabei ungefähr dieselben Angaben, wie sie in den Akten enthalten sind, wich nur in ganz unwesentlichen Zügen davon ab, und zwar handelte es sich dabei nur um kleine Ausschmückungen, die dazu dienen sollten, ihn herauszustreichen oder interessant erscheinen zu lassen. Einem Mitkranken gegenüber rühmte er sich dauernd seiner vielen Lumpereien und Streiche, die er schon begangen habe, und insbesondere die Gelegenheiten, bei denen es ihm gelungen war, andere hereinzulegen, erzählte er mit deutlichem Behagen und unter lautem Lachen. Manchmal lachte er auch ohne Veranlassung plötzlich laut auf, gab dann irgendeine derartige Geschichte zum besten, die ihm gerade eingefallen war; doch war er dabei nicht selbst produktiv,

erfand keine neuen Erzählungen, sondern es handelte sich nur um kleine, unbedeutende Züge, die er neu einflocht. So erzählte er z. B. bei der Schilderung, die er von dem Einbruchsversuch im Jahre 1903 gab, nunmehr, er habe diesen aufgegeben, weil er gewußt habe, daß sein Genosse ein Epileptiker sei, und fürchten mußte, dieser könne im Hause einen Anfall bekommen; bisher hatte er Furcht vor Zuchthausstrafe als Beweggrund angeführt. Auch an gelungenen Streichen anderer fand er großes Vergnügen, las mit Behagen derartige Stellen in der Zeitung und machte den Arzt darauf aufmerksam. Er trug im allgemeinen auch dem Arzt gegenüber ein selbstbewußtes Benehmen zur Schau, war aber gegen diesen nicht direkt unbescheiden, sondern stets höflich, zuvorkommend und zu jeder Auskunft gern bereit, während er gegen Kranke sich oft frech benahm. Zu Anfang der Beobachtung war er leicht verlegen und etwas zurückhaltend, sah beim Sprechen regelmäßig zu Boden, wurde aber allmählich immer sicherer und anmaßender, warf sich in der letzten Zeit sogar zum Beschützer anderer Kranker auf, erklärte dem Arzt in patziger Weise, er könne nicht mitansehen, wie Kranke mißhandelt würden. Beim völligen Entkleiden zur körperlichen Untersuchung und bei der Frage nach seinen sexuellen Verhältnissen errötete er und war anfänglich etwas verlegen. Über letzteren Punkt gab er an, er habe niemals mit dem andern Geschlecht verkehrt; als Grund führte er Mangel an Geld und Gelegenheit, schließlich auch sexuelle Gleichgültigkeit an. Über perverse Neigungen, die man früher bei ihm vermutet hatte, war nichts von ihm zu erfahren. Masturbation seit dem 18. Jahre wird zugegeben. Trunk sowie Alkoholintoleranz wurden in Abrede gestellt.

Über seine Straftaten berichtete er ohne jede Beschönigung und ohne sichtliche Reue. Auf Fragen erklärte er wohl, er bereue seine Vergehen, sei auch fest entschlossen, ein ordentlicher Mensch zu werden, was er auch sehr gut könne, wenn er nur wolle. Er werde ein neues Leben anfangen, wenn er jetzt entlassen werde. Für seine letzte Straftat erhalte er nur eine geringe Strafe; warum, setzte er mit Sachkenntnis auseinander. Hielt man ihm vor, daß er schon oft diesen Vorsatz gefaßt habe, aber immer wieder rückfällig geworden sei, so schob er es auf unglückliche äußere Verhältnisse, z. B. daß man ihm zur Deckung der Gerichtskosten alle seine Habseligkeiten weggenommen und so nach Entlassung aus dem Gefängnis in eine Notlage gebracht habe. Er fügte selbst lachend hinzu, der Weg zur Hölle sei mit guten Vorsätzen gepflastert. Er ging überhaupt mit großer Leichtigkeit über all diese Dinge hinweg und schien sich keine Sorgen über seine Zukunft zu machen. Wirkliche Reue oder Verständnis für seine Handlungsweise war nicht vorhanden. Aus Freude am Stehlen will er zwar nie gestohlen haben, sondern nur aus Not, wenn es ihm am Allernotwendigsten gefehlt habe. Andererseits aber erzählte er selbst, daß er mehrfach, als er in Stellung war und es ihm ganz gut ging, nur mit Mühe gegen den Trieb, zu stehlen, angekämpft habe, sobald sich eine

günstige Gelegenheit zeigte. Öfters will er auch durch Kameraden zu den Diebstählen veranlaßt worden sein, vor denen er sich dann schämte, zurückzutreten.

Sehr charakteristisch war sein Verhalten während der klinischen Vorstellung (Professor *Gaupp*). Im Beginn war er etwas verlegen, gewann aber sehr rasch im Verlauf der Unterhaltung seine gewohnte Sicherheit, und als seine Witzeleien Heiterkeitsausbrüche bei den Studenten hervorriefen, fühlte er sich vollkommen als Herr der Situation. Er begann mit schauspielerischem Talent sein Verhalten bei den einzelnen Diebstählen zu schildern, ahmte die daran beteiligten Personen in Sprache und Gebärden nach. Schließlich duldete es ihn nicht länger auf seinem Platze, er eilte gestikulierend hin und her und entwickelte in lebendigster Weise die einzelnen Ereignisse aus seinem Leben. Er strahlte vor Vergnügen und kam selbst gar nicht mehr aus dem Lachen heraus. Je mehr er sein Publikum amüsierte, um so stärker trug er die Farben auf. Mit großer Lebendigkeit führte er seine Überlegungen vor, wobei er immer bedacht war, seine Schlauheit hervorzuheben und die Dummheit der andern an den Pranger zu stellen. „Vor dem Amtsrichter, da hab' ich geheult wie ein kleines Kind und hab' erzählt, die Mutter wäre krank, um Mitleid zu erregen, und da bin ich freigesprochen worden". ... „Vor dem Schultheiß, hab' ich gedacht, da mußt du es ganz schlau anfangen; da hilft das Heulen nicht mehr, und da hab' ich erzählt: mein Vater hat mir telegraphiert" usw. Man müsse überhaupt verstehen, mit den Leuten umzugehen. „Bei dem Schutzmann, da muß man gleich frech sein, sonst hilft nichts" usw. Und nun das Wichtigste, die Schilderung, wie er zur Simulation kam: „Der Pfarrer hat immer verschiedene Neuigkeiten erzählt (im Gefängnis zu H.). Alle die Neuigkeiten hat er erzählt, was gebaut wird und alles. Und auch einmal, da kommt er und sagt: „Da oben in L. ist eine Irrenanstalt eröffnet worden. Das wird Dich aber nicht besonders interessieren." Da war nämlich neben mir ein Epileptiker, zu dem hat er es gesagt. Da hab' ich weiter gemacht und hab' gar keine Notiz davon genommen. Aber gedacht hab' ich gleich, das wär' was für dich. Und da hab' ich gedacht, was will ich markieren? Blödsinn, das kann ich nicht gut, weil die meine Schulzeugnisse vorliegen haben; Tobsucht, da bin ich zu schwach dazu, da krieg ich viel zu viel Schläge; das Beste, hab' ich gedacht, du markierst so eine Art Größenwahn." Er erzählte dann, wie er die Arbeit zerschnitten habe und wie er dafür bestraft worden sei. Daraufhin habe er eingesehen, so gehe es nicht, und sei „von selber umgefallen". Das Verschiedenste habe er sich überlegt und wieder verworfen. Schließlich sei er auf die Sache mit dem Pfarrer gekommen, die er in der schon ausgeführten Weise schildert. „Ja, wenn ich es wo anders gesagt hätte, da hätten sie es entdeckt. ... Der Pfarrer, der hat aber schon so ein mitleidiges Gesicht gezeigt, da hab' ich gedacht, wenn du einen Kopf hättest, dann würdest du kein Mitleid zeigen. Zwei bis drei

Tage hat er mit mir disputiert, ob ich mich nicht begnadigen lassen wolle. Er (G.) habe aber gleich gemerkt, daß es eine Falle sei, und gedacht, jetzt schreibst du recht unsinniges Zeug hinein." Der Arzt sieht dir ja nicht in den Kopf hinein, da wirst du vielleicht ganz freigesprochen und kannst heim. „In der Beobachtungsanstalt in L. da hab' ich gleich fest weiter simuliert. Der Arzt war so dumm und hat alles für bare Münze genommen. Der hielt mich für schwer krank." Er (G.) habe Briefe geschrieben, diese in seinen Kasten gelegt, dann sich das Gesicht fest mit Schmierseife eingerieben, damit er recht krank aussehe und sich so lange zu Bett gelegt, bis man seine Sachen durchsucht und die Briefe gefunden habe. Dann habe er wieder weiter gearbeitet. Wenn man ihn für krank erklärt habe, dann habe er immer den „schwer Beleidigten gespielt". „Drei Monate vorher aber da sagte ich mir, jetzt geht es der Entlassung entgegen, jetzt mußt du schnell gesund werden." ... Unter allgemeiner Heiterkeit der Studenten verließ er, von seinen Leistungen sehr befriedigt, den Hörsaal.

Gegen die Verbringung in eine Irrenanstalt wehrte sich G. energisch und erklärte ruhig und bestimmt, vollkommen gesund zu sein. Die ganze Erkrankung im Gefängnis zu H. sowie in der Irrenabteilung in L. sei nur eine Simulation von ihm gewesen, die er unternommen habe, als er im Februar 1905 erfahren habe, daß in L. eine Abteilung für geisteskranke Verbrecher eröffnet werde. Er habe sich gedacht, daß er es dort besser habe, und schließlich auch gehofft, daß man ihn als krank vor der Zeit entlassen werde. Wenn er geahnt hätte, daß man ihn dann als Geisteskranken in eine Irrenanstalt sperren könne, so hätte er lieber die ganze Sache unterlassen. Als man ihm dann mit dauernder Anstaltsbehandlung drohte, habe er ganz plötzlich — etwa sechs Monate vor Ablauf seiner Strafe — die Wahnideen aufgegeben und seine Simulation zugestanden. Er habe nur deshalb in L. so lange an ihr festgehalten, weil öfters Kranke von L. wieder in die Strafanstalten zurückgeschickt worden seien und er dies auch für sich habe befürchten müssen. Sein Verhalten während dieser Zeit schilderte er genau so, wie es nach den Akten gewesen sein soll, und zeigte dabei eine sehr gute Erinnerung an alle Einzelheiten. Er machte sich über die Ärzte lustig, die auf ihn hereingefallen seien, und renommierte, wie geschickt er sich dabei benommen habe. Wenn er nur wolle, so könne er auch die hiesigen Ärzte täuschen, alle Psychiater würden ihn für geisteskrank halten. Auf Aufforderung, es doch zu tun, weigerte er sich erst, da man ihn vielleicht doch für geisteskrank hielte, verfaßte aber dann folgendes Schriftstück, das den in H. und L. geschriebenen ähnelt, aber viel läppischer und schwächer ist. Es lautet:

„An Herrn Dr. G.

Ich ersuche Sie, mich morgen so bald als möglich zu entlassen, da es sich jetzt herausgestellt hat, wer ich bin. Ich werde, wenn ich hier fortkomme, zum König von Bayern gewählt. Ich habe mir ein Verdienst

erworben um Bayern, indem ich mich mit der 70 Jahre alten Kronprinzessin verheiratet habe. Diese ist so schön und jung, daß ich mich unbedingt zum König wählen lasse. Denn meine erste Braut hat ja der deutsche Kaiser ermordet. Deshalb erkläre ich mich mit Bayern als selbständig und vernichte die übrigen Staaten, welche in ganz Europa liegen. Das ist mir ein Leichtes, denn ich will mit meinem erfundenen Luftballon Kanonen in die Höhe führen und so vernichte ich mit jedem Schuß viele Millionen Soldaten. Ich hoffe, daß Ihr meine Braut nicht mehr in der Frauen-Abteilung als geisteskrank haltet, denn sie ist so gesund wie wir selbst, andernfalls haue ich Ihnen den Kopf ab. Wenn ich entlassen werde, dann können Sie von den 60 Millionen, welche Sie mir abgenommen haben, 50 behalten.

gezeichnet
von seiner Majestät
König Eugen der I."

G. sprach über all diese Dinge sehr gern, kam dabei nicht aus dem Lachen heraus und benahm sich wie jemand, der über einen gelungenen Witz berichtet. Daß man ihn zurzeit für geisteskrank halten könne, erklärte er für ganz ausgeschlossen, wurde auch nicht gereizt, als man ernsthaft davon sprach, sondern lehnte es einfach als etwas, das ganz ausgeschlossen sei, ab. Am 14. November wurde G. aus unserer Beobachtung entlassen.

Auf Grund der klinischen Beobachtung wurde über G. ein ausführliches Gutachten erstattet, dessen zusammenfassender Schluß folgendermaßen lautete:

„Es handelt sich also bei dem G. um einen in der körperlichen Entwicklung zurückgebliebenen jungen Menschen, der eine wenig sorgfältige Erziehung genoß und schon in frühester Jugend ethische Defekte zeigte. Er verübte allerlei tolle Streiche, beging kleine Entwendungen an seinen Schulkameraden, seinen Eltern und in Läden und ließ sich nur durch strenge Strafen einigermaßen im Zaume halten. Sobald er der Aufsicht des Elternhauses und der Schule entwachsen war, geriet er vollkommen in die Verbrecherlaufbahn und wanderte von Gefängnis zu Gefängnis. Nur zweimal hat er noch für wenige Monate auf ehrliche Weise sich seinen Lebensunterhalt verdient. Die Art seiner Verbrechen war fast stets die gleiche. Es handelt sich um Ladendiebstähle, die er mit großer Umsicht und Raffiniertheit ausführte. Ganz besonders tritt die Raffiniertheit noch hervor bei dem einzigen anders gearteten Verbrechen, als er einem jungen Schüler 200 M. abschwindelte. Läßt aber schon die Art und Weise, wie er seine Verbrechen ausführte, erkennen, daß es sich nicht um einen schwachsinnigen Menschen handeln kann, so erfahren wir auch aus dem Zeugnis des Pfarrers, daß er ein aufgeweckter Junge gewesen sei, der leicht und gut gelernt habe. Dem entsprechen auch seine Kenntnisse und die ge-

wandte Art, in der er sich sowohl schriftlich als mündlich auszudrücken versteht, und die Geschicklichkeit, mit der er sein Leben schildert und sein Verhalten begründet. Irgendwelche tiefergehende Reue für seine Handlungsweise empfindet er nicht, er spricht im Gegenteil gern und ausführlich von denselben und renommiert mit seiner Schlauheit. Über die Zukunft macht er sich keine Sorgen und tröstet sich damit, daß er sich künftig ändern werde, da die letzte Gefängnisstrafe ihm doch unangenehm gewesen sei. So wenig er eine Empfindung hat für das Unrecht, das er andern zugefügt, so empfindlich ist er gegen alles, das ihn selbst betrifft. Immer wieder kommt er darauf zurück, daß er einmal unrecht bestraft worden sei, und daß man ihm sein Eigentum zur Deckung der Gerichtskosten entzogen habe. Hand in Hand mit diesem gemütlichen Defekt geht eine Neigung, sich aufzuspielen, die sich schon in der Art kundgibt, wie er seine Vergehen schildert, und in der Freude, die es ihm macht, von sich sprechen zu dürfen. Schon aus seiner frühen Jugend wird berichtet, daß er eitel gewesen sei und viel auf gute Kleidung gegeben habe. Das bestätigt er selbst auch für die späteren Jahre und gibt an, daß er einen großen Teil des gestohlenen Geldes zu diesem Zweck verwendet habe. Sogar als Motiv für den letzten Diebstahl führt er den zufälligen Verlust seiner guten Kleider an, da er sich schämen würde, in seinen Arbeitskleidern spazieren zu gehen. Neben dieser Eitelkeit findet sich bei ihm die Neigung, in seine Erzählungen allerlei kleine Züge einzuflechten, die dazu dienen können, ihn herauszustreichen oder interessant zu machen. Zu Fälschungen von Tatsachen kommt es dabei nicht, er zeigt im Gegenteil für diese ein sehr treues Gedächtnis. Trotzdem darf man hierin wohl die Andeutung der Neigung zu Schwindeleien sehen, wie sie vielfach bei degenerierten Menschen gefunden wird, zumal er auch sonst über eine rege Phantasie verfügt, wie die Geschichte mit seinem Onkel beweist. Fassen wir das bisher Gesagte zusammen, so ergibt sich, daß es sich bei dem G. zweifellos um einen schwer degenerierten minderwertigen Menschen handelt, der einen weitgehenden Defekt auf ethischem Gebiete aufweist. Außerdem finden sich bei ihm, wie so häufig bei Degenerierten, einzelne auffällige Züge wie Neigung, sich aufzuspielen, Eitelkeit, rege Phantasie und Freude an kleinen Unwahrheiten, wozu sich auf körperlichem Gebiete noch das Fehlen des Schlund- und Hornhautreflexes gesellt, eine häufige Erscheinung bei Hysterischen, die zu den sogenannten Stigmen gerechnet wird. Muß also auch zugegeben werden, daß es sich bei dem G. um einen minderwertigen Menschen handelt, so lassen sich die bestehenden ethischen Defekte doch nicht als eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 51 des St.-G.-B. auffassen, da G. bei seiner Intelligenz und guten Urteilskraft wohl imstande ist, seine Handlungsweise zu beurteilen.

Bei diesem Menschen traten nun zum ersten Male im Januar 1905 scheinbare Zeichen von geistiger Störung auf. Er zerstörte seine Arbeit

und beschuldigte den Aufseher, es getan zu haben, worauf er eine dreitägige Arreststrafe erhielt. Von da an führte er sich wieder längere Zeit ganz gut, begann aber ganz unsinnige Ideen zu äußern, teils im Sinne von Verfolgungs-, teils von Größenideen, die er sowohl mündlich auf Befragen als auch in Briefen von sich gab. Er verfaßte Eingaben an die Staatsanwaltschaft, reichte Begnadigungsgesuche ein und schrieb Liebesbriefe an ein ihm nur von Ansehen bekanntes Mädchen. Sonst bot er in seinem Verhalten ein ganz normales Bild. Schlaf und Nahrungsaufnahme waren gut. Zeichen von Benommenheit oder Bewußtseinstrübung waren nicht vorhanden. Er zeigte bei der Prüfung seiner Intelligenz sehr gute Kenntnisse und gab prompte Antworten. Dieser Zustand hielt an bis April 1906, also drei Monate vor Ende seiner Strafzeit, wo G. zu erklären begann, daß er vollkommen gesund sei und alles nur simuliert habe. An dieser Behauptung hält er noch heute fest und gibt an, das Ganze nur unternommen zu haben, um in die Beobachtungsabteilung zu L. zu kommen, was er auch erreichte. Überblicken wir das geschilderte Verhalten des G., so fällt einmal das merkwürdige Auftreten und Verschwinden der „Geistesstörung" auf gerade zu der Zeit, wo es für G. am günstigsten war, dann das große Mißverhältnis zwischen seinem vollkommen normalen Benehmen, dem guten Verstand einerseits und den unsinnigen „Wahnideen" andererseits. Auch entsprechen die von ihm dargebotenen Erscheinungen keinem der typischen Krankheitsbilder. In Frage könnte kommen einmal eine leichte Form der Manie, einer heiteren Erregung, bei der auch von sonst besonnenen Kranken ähnliche Wahnideen halb scherzhaft, halb im Ernst geäußert werden könnten. Dagegen spricht aber das übrige Verhalten des Kranken, der keine Zeichen von gehobener Stimmung, von Heiterkeit oder Erregung bot, so daß diese Erkrankung mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann. In zweiter Linie könnte man an einen hysterischen Dämmerzustand denken, was aber bei der langen Dauer der Erkrankung an und für sich wenig wahrscheinlich ist. Allerdings paßte zu dieser Annahme der atypische Verlauf recht gut, da diese Krankheit ein sehr wechselndes Bild bieten und häufig den Verdacht der Simulation wachrufen kann. Dem gegenüber ist aber zu betonen, daß sich bei dem G. überhaupt niemals eine Andeutung von Bewußtseinstrübung nachweisen ließ, daß er im Gegenteil sehr gut orientiert war und prompt antwortete, auch nichts von dem in diesen Zuständen sehr häufigen Vorbeireden aufwies. Gegen eine Bewußtseinstrübung spricht auch die vorzügliche Erinnerung, die G. an alle Einzelheiten während der Zeit seiner Erkrankung besitzt, sowie das Aufhören der auffälligen Symptome zu einer bestimmten, ihm günstig erscheinenden Zeit, kurz das Planvolle im zeitlichen Auftreten der „Geistesstörung", so daß auch diese Annahme zu verwerfen ist. Weiterhin könnte man vermuten, daß es sich um einen Fall von chronischer Verrücktheit (Paranoia) handle, einer Erkrankung, bei der sich langsam ein geschlossenes System von Größen-

und Verfolgungsideen entwickelt, in deren Sinne die Persönlichkeit des Erkrankten allmählich vollkommen verändert wird. Dem entspricht aber nicht die rasche Entwicklung der Erkrankung, auch nicht das vollkommene Fehlen des Zusammenhanges der „Wahnideen" untereinander und vor allem nicht das Verhalten des G. Denn anstatt seine Wahnideen konsequent zu vertreten und in ihrem Sinne zu handeln, benimmt er sich genau wie jeder andere Gefangene und äußert seine Wahnideen nur nebenbei, aber immer so, daß sie den Vorgesetzten zu Ohren kommen. Man wird also auch für sein geordnetes Verhalten die Erklärung nicht darin finden können, daß er damals versucht habe, die Krankheitserscheinungen zu verbergen. Weit eher ließe sich sein Verhalten mit einer andern Erkrankung in Einklang bringen, der sogenannten paranoischen Form der Dementia praecox (die von anderer Seite auch als Paranoia bezeichnet wird). Es ist dies eine mit zahlreichen Sinnestäuschungen und zusammenhanglosen Wahnideen einhergehende Krankheit, die im Verlaufe weniger Jahre zu einer eigenartigen Verblödung zu führen pflegt, bei der besonders das gemütliche Leben betroffen ist. Wenn auch anfänglich Schwierigkeiten bestanden haben, in dieser Hinsicht eine bestimmte Entscheidung zu fällen, so kann doch jetzt diese Erkrankung mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Denn einmal fehlen jegliche Zeichen einer geistigen oder gemütlichen Verblödung, und dann ist es besonders das Verhalten des G. seinen früher geäußerten Wahnideen gegenüber, das uns zu diesem Schlusse drängt. Lachend und mit großer Freude berichtet er über diese Dinge ganz in der Art, wie man einen gelungenen Scherz zu erzählen pflegt, und steht dabei so vollkommen über denselben, wie es bei einem Menschen, der noch daran glaubt und sie nur zu verheimlichen sucht, vollkommen ausgeschlossen ist. Es zeigt sich also, daß die Erscheinungen, die G. geboten hat, auf keines der in Frage kommenden Krankheitsbilder passen wollen, und so gewinnt die Annahme, daß es sich tatsächlich, wie G. jetzt behauptet, damals um eine Simulation gehandelt habe, eine große Wahrscheinlichkeit. Doch sprechen dafür auch noch andere gewichtige Gründe. Betrachtet man den Verlauf der Erkrankung des G., so fällt vor allem, wie auch früher schon hervorgehoben, das Zweckmäßige in demselben auf, das den Verdacht eines Planes erwecken muß. Ungefähr um die Zeit, als eine Abteilung für geisteskranke Verbrecher eröffnet wird, „erkrankt" G., um plötzlich wieder gesund zu werden, als seine Strafe ihrem Ende naht. Dabei gehen die „Krankheitserscheinungen" niemals über das Maß dessen hinaus, was gerade notwendig erscheint, um seine Umgebung von dem Bestehen einer Geistesstörung zu überzeugen. Recht gut will dazu auch seine hier abgegebene Erklärung passen. Er habe den Verrückten wählen müssen und den Größenwahn simuliert, weil er zum Tobsüchtigen zu schwach sei und den Schwachsinnigen nicht habe spielen können, da seine guten Schulzeugnisse im Gefängnis bekannt gewesen seien. Auch muß zugegeben werden, daß G. bei seiner guten In-

telligenz und seiner Schlauheit wohl imstande war, diesen Plan durchzuführen, da es ihm auch nicht an der nötigen Phantasie mangelte, wie die früher erwähnte Geschichte mit seinem Onkel beweist. Auch sind die von ihm geäußerten „Wahnideen" nicht besonders reichhaltig und vor allem sehr plump, so daß sie zu der Annahme, daß sie bewußt erfunden seien, sehr gut passen. Daß es dem G. tatsächlich keine Schwierigkeiten macht, derartige Dinge zu erfinden, geht daraus hervor, daß er auf Aufforderung sofort ein Schriftstück entwarf, das den im Gefängnis geschriebenen glich, nur noch viel plumper war, wobei er aber sofort hinzufügte, hierbei merke man wohl sofort, daß es simuliert sei, weil er keine Zeit zur Überlegung gehabt habe. Nach allem diesem muß man es als feststehend betrachten, daß G. die geistige Erkrankung in dem Gefängnis zu H. und auf der Beobachtungsabteilung zu L. nur simuliert hat; es bestehen daher keine Anhaltspunkte für eine geistige Störung bei demselben. Ich gebe daher mein Gutachten dahin ab, daß G. sich bei der Straftat am 8. August 1906 nicht in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden hat, durch den seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen gewesen wäre."

G. wurde am 1. Dezember 1906 vom Landgericht T. zu einer Zuchthausstrafe von 1 Jahr 6 Monaten — abzüglich der Untersuchungshaft von 3 Monaten 15 Tagen — verurteilt. Er wurde Anfang Dezember zur Verbüßung seiner Strafe ins Zuchthaus nach L. eingewiesen, wo er sich zurzeit noch befindet. Es ist nicht ausgeschlossen, daß er bei seiner degenerativen Veranlagung noch manche Überraschungen bereiten wird.

Nach Mitteilung des Vorstandes der Strafanstalt benimmt er sich geordnet, ergeht sich aber gelegentlich in geheimnisvollen Andeutungen, deren Sinn und Zweck noch nicht klar ist. Der Gefängnisarzt schreibt: „G. bietet in seinem Benehmen und Verhalten zurzeit keinerlei Erscheinungen geistiger Störung; auf meinen Hinweis betreffs seines korrekten Verhaltens in der psychiatrischen Klinik hat er zur Antwort gegeben, die 1¼ Jahre Zuchthaus schaden ihm weniger als eine unbestimmt lange Internierung in einer Irrenanstalt. Ebenso wird sein jetziges korrektes Verhalten zweifellos mitbestimmt durch seine in 6 Monaten zu Ende gehende Strafzeit."

Es folgt jetzt die Krankheitsgeschichte des zweiten Falles:

P. wurde am 29. September 1867 in einem kleinen schwäbischen Albort als uneheliches Kind geboren. Über seine Familienverhältnisse und seine Jugend sind wir nur ungenau unterrichtet, da wir allein auf seine eigenen Angaben, deren Glaubwürdigkeit gering ist, angewiesen sind. Nach diesen ist er erblich schwer belastet, da in seiner Familie eine Reihe von Geisteskrankheiten vorgekommen sein sollen. Großvater mütterlicherseits soll Trinker gewesen sein, die Großmutter soll an Schwermut gelitten und durch Selbstmord geendet haben; ein Bruder der Mutter

soll wegen religiöser Konflikte seine Braut und deren Angehörige ums Leben gebracht haben, ein anderer Verwandter der Mutter soll sich in einem Anfall von Geistesstörung erhängt haben, eine Schwester der Mutter soll geistesschwach gewesen sein, seine Mutter selbst eine sehr reizbare und empfindsame Frau gewesen sein, er sei schlecht mit ihr ausgekommen. Er selbst hat sich angeblich körperlich gut entwickelt, auch keine nennenswerte Krankheit durchgemacht mit Ausnahme einer Kopfverletzung, die er im zweiten Lebensjahr durch einen Schlag auf den Kopf erhielt, von der jetzt noch eine Narbe sichtbar ist, die aber keine Störungen hinterließ. Er besuchte zuerst drei Jahre die Volksschule und dann bis zum 14. Lebensjahre die Lateinschule. In beiden hat er nach seiner Aussage sehr gut gelernt und ist immer der Erste gewesen. Nach der Konfirmation wurde er deshalb gegen seine ausgesprochene Neigung, die ihn zu einem Handwerk, etwa der Schreinerei, hinzog, für das Verwaltungsfach bestimmt und kam zu einem Verwaltungsaktuar in die Lehre. In den folgenden Jahren 1884—1888 war er in verschiedenen Stellungen tätig; vom Militärdienst wurde er wegen Kurzsichtigkeit befreit. Im Winter 1888-89 bereitete er sich auf das niedere Verwaltungsexamen vor und bestand es auch, obwohl er angeblich nichts arbeitete, um durchzufallen und dadurch seinen Eltern gegenüber einen triftigen Grund zu haben, einen andern Beruf zu ergreifen. Er bekam allerdings nur noch die Note III b, und da für Leute mit schlechtem Examen das Verwaltungsfach überfüllt war, erhielt er in den nächsten Jahren keine ständige Stellung, sondern arbeitete vorübergehend in den verschiedensten Stellungen. Wie er angab, war man anfangs überall mit ihm zufrieden, erst allmählich habe sich das geändert, weil er Vorgesetzte bekommen habe, mit denen schwer auszukommen gewesen sei, und die harmlose Vorkommnisse ganz unnötig aufgebauscht hätten. Allmählich sei er in das Trinken hineingekommen und habe schließlich auch aus diesem Grunde seine Stelle verloren. Eine Angabe in einer aus späterer Zeit stammenden Krankengeschichte kommt wohl der Wahrheit näher. Es heißt darin: „Er war in vielen Stellen tätig; von allen wird berichtet, daß er nach anfänglich ordentlicher Führung in kurzem wegen Trunksucht und dadurch verursachter Dienstvernachlässigung aus seinem Dienst wieder entlassen werden mußte." Er selbst gibt an, er habe in dieser Zeit nicht nur in Gesellschaft getrunken, sondern sich auch vielfach dem stillen Trunke ergeben. Aktenmäßig ist dies festgestellt für das Jahr 1895 in einem Gutachten, in dem eine ganze Anzahl derartiger Zeugnisse angeführt werden, während sich für die früheren Jahre außer einer Bestrafung wegen Sachbeschädigung im Jahre 1891 nichts Bestimmtes angeben läßt. Er hatte damals in betrunkenem Zustande an einem Staatsgebäude zwei Fensterscheiben zertrümmert, um sich zu rächen, weil er nach seiner Ansicht von der betreffenden Behörde schlecht bezahlt und grundlos entlassen worden war. Die nächsten Strafakten des P. stammen aus dem

Jahre 1895, liegen uns aber nur in Auszügen vor. Darnach hat er zahlreiche Polizeistrafen erlitten und ist der Polizei als ein leichtsinniger, dem Trunke ergebener, händelsüchtiger Mensch bekannt, der sein Logis nicht bezahlte und wenig arbeitete. In der Tat ist er wegen dieser Vergehen und auch wegen Zechprellereien, die er nach reichlichem Alkoholgenuß verübte, zu 6 Wochen Gefängnis verurteilt worden. Er hatte seine Schulden mit allen Einzelheiten eingestanden, er bestritt nur die betrügerische Absicht und erklärte: „Durch Vermittlung einer Dame, die ich aber vorerst nicht nennen will, werde ich in den nächsten Tagen eine große Summe Geldes bekommen und davon meine Gläubiger bezahlen". Schon im August desselben Jahres wurde er wieder wegen Zechprellereien mit 3 Wochen Gefängnis bestraft; kurz zuvor war er wegen Supraorbitalneuralgie 8 Tage in ärztlicher Behandlung. Wenige Monate später, im Oktober 1895, stand er wieder unter Anklage der gleichen Vergehen, wie er überhaupt seit Mai 1895 nur von Zechprellereien und Schuldenmachen gelebt hatte. Er scheint sich dabei immer in ähnlicher Weise verhalten zu haben; er trank sehr viel, gab dann irgendeinen Grund an, weshalb er augenblicklich nicht bezahlen könne, versprach andern Tags wiederzukommen, in Wirklichkeit verschwand er jedoch auf Nimmerwiedersehen. Soweit sich die damaligen Vorgänge feststellen lassen, erklärte er bei seiner Festnahme, er sei gestorben. In der Untersuchungshaft zerriß er einen Teppich und gab an, als er hierüber zur Rede gestellt wurde: „Es kommt bei Nacht einer zu mir herein, der sich zu mir ins Bett legt; ich kann ihn nicht fassen, sonst hätte ich ihn schon kaput gemacht; man soll mir einen Prügel geben, damit ich ihn schmeißen kann, er ist furchtbar flink." Weiterhin verfaßte er eine Eingabe an den König, in der er sich als längstverstorbenen bezeichnete und behauptete, nur geistig tot zu sein, während der Körper mit dem Geist nicht gleichen Schritt halte. Sein Tod stehe mit seinem Vetter in Amerika in Verbindung, der ihn zum Nachfolger in seinem Baumwollgeschäft gemacht habe, nachdem sich eine notwendige Metamorphose an ihm vollzogen habe. Der Vetter werde sich mit ihm in Verbindung setzen, und dazu bitte er S. M., ihn aus der Haft befreien zu wollen oder noch besser zur Beschleunigung seiner Metamorphose ihm eine Pistole oder ein stark wirkendes Gift mit einem Versuchstier zu reichen und dann seinen Kadaver zur Beschleunigung des Prozesses der Transmutation wegbringen zu lassen. Nach vollzogener Transmutation werde er eine Sozial- und Religionsreform vorschlagen und damit die brennendste Frage — die soziale — mit einem Schlage lösen und die ganze Welt der ewigen Glückseligkeit zuführen. Die gleichen Ideen äußerte er auch auf Befragen, gab auch an, allerlei Erscheinungen wie schwarze Männer mit glühenden Augen zu sehen, und wollte sich bei der ärztlichen Untersuchung nicht auf den Stuhl setzen, weil er durch diesen elektrisiert werde. Er erklärte selbst seine Erlebnisse für merkwürdig und nicht glaubhaft und schilderte, wie er sich erst durch Werfen von Gegenständen

von der Wirklichkeit derselben überzeugt habe. Den Beginn der Veränderung legte er ins Frühjahr 1895, wo er allmählich das Augenlicht (und das Gedächtnis) verloren habe; geistig sei er dann überhaupt ganz abgestorben.

Der beobachtende Arzt gab damals über den Geisteszustand des P. folgendes Gutachten ab: „Es muß zunächst ohne weiteres zugegeben werden, daß das psychische Bild, welches der Explorand zurzeit darbietet, durchaus konform ist mit dem typischen Bilde einer scharf charakterisierten geistigen Erkrankung, die wir als primäre Verrücktheit, als Paranoia bezeichnen, und die sich im wesentlichen darin äußert, daß das Vorstellungsvermögen eines Menschen bei scheinbar besonnenem Handeln und formal richtiger Denkfähigkeit durch fixierte und systematische Wahnideen dermaßen eingenommen und beherrscht wird, daß dadurch das Selbst- und Weltbewußtsein des betreffenden eine vollständige Verfälschung und Verrückung erleidet. So sehr nun dies alles bei dem Beschuldigten auch zuzutreffen scheint, so müssen wir uns im vorliegenden Falle doch erst noch die weitere Frage vorlegen, ob das Bild, welches P. zur Schau trägt, in der Tat auch ein echtes ist, und ob dessen unsinnige Behauptungen auch als wirkliche Wahnideen angesehen werden können. Hierbei ist nun in erster Linie daran zu erinnern, daß, während Simulanten, welche eine Geisteskrankheit vorzutäuschen suchen, sich erfahrungsgemäß auch in ihrem ganzen äußeren Verhalten und Auftreten möglichst auffällig und verrückt zu gerieren pflegen, P. in striktem Gegensatz hierzu während der ganzen Zeit seiner Beobachtung ein durchaus unauffälliges Benehmen an den Tag gelegt hat; P. ist in der Tat immer ruhig und geordnet gewesen, er hat niemals versucht, eine allgemeine Geistesverwirrung vorzutäuschen; seine Personalien, sowie seine Antezedenzien hat er vollkommen richtig und sachgemäß angegeben; wie er überhaupt auf alle an ihn gerichteten Fragen, die das Gebiet seines Wahnes nicht berührt haben, stets durchaus vernünftige und korrekte Antworten gegeben hat; er hat seine Wahnideen seiner Umgebung auch niemals aufgedrängt, er hat dieselben vielmehr meist nur auf Befragen oder in schriftlichen Auslassungen, wie dies Geistesgestörte gerne zu tun pflegen, preisgegeben.

Was nun ferner diese Wahnvorstellungen selbst anlangt, so treten uns dieselben bei P. auch durchaus nicht unvermittelt, quasi als isolierte Gebilde, entgegen, dieselben stehen vielmehr offenbar in ursächlichen Beziehungen zu allen möglichen Sinnestäuschungen und abnormen Sinnesempfindungen, wie dies bei der halluzinatorischen Form der Verrücktheit die Regel zu sein pflegt; daß P. an Halluzinationen und Illusionen auf verschiedenen sensoriellen Gebieten, hauptsächlich auf dem des Gesichts- und Gefühlssinnes leidet, dafür sprechen vor allem seine Erzählungen von den Erscheinungen des schwarzen Männchens mit den feurigen Augen, und von seinen New Yorker Bildern, sowie sein eigentümliches Verhalten bei der Untersuchung, als er immer wieder vom Stuhle aufstand, in der

Meinung, es befinde sich in demselben irgendeine elektrische Stromleitung, aber auch seine Wahnvorstellungen bezüglich seines partiellen, geistigen Abgestorbenseins sind offenbar auf abnorme Gefühlssensationen im Kopfe zurückzuführen, die sich, wie er selbst angegeben hat, zuerst in Augenstörungen, Kopfschmerzen und Gedächtnisschwund kundgegeben haben.

Wir können nun aber weiterhin auch noch verfolgen, wie sich diese ursprünglich rein sensoriellen Wahnideen des P. allmählich zu einem allgemeinen Größenwahn entwickelt haben, der sich nunmehr in allen möglichen Weltverbesserungstheorien dokumentiert; aus der Vorstellung, daß er eigentlich bereits gestorben sei, und daß er nun als Geist mit anderen Geistern verkehre, hat sich bei P. offenbar die weitere Wahnvorstellung herausgebildet, daß er in seinem jetzigen Zustand den Zusammenhang der Dinge vollkommen klar sehe, und daß er deshalb auch imstande sei, unsere sozialen und religiösen Zustände von Grund aus zu reformieren.

Wir sehen also, mit einem Wort, wie sich bei P. ein vollständiges Wahnsystem ausgebildet hat, in welchem die einzelnen Wahnvorstellungen nur Glieder einer zusammenhängenden Kette sind; ein solches Bild vorzutäuschen, dürfte einem Simulanten doch nicht so ohne weiteres gelingen.

Ziehen wir zu alledem endlich auch noch die Tatsache in Betracht, daß P., was wir allerdings bis jetzt nur von ihm selbst wissen, ohne Zweifel aus einer psychisch belasteten Familie stammt, und daß er seit langer Zeit dem Trunke stark ergeben gewesen ist, so haben wir, wie ich glaube, Momente genug, welche für das wirkliche Vorhandensein einer geistigen Störung bei dem Beschuldigten sprechen und gegen die Annahme einer Simulation.

Ich fasse daher mein Gutachten zum Schluß dahin zusammen, daß ich erkläre: P. leidet nach meiner Überzeugung in der Tat an einer krankhaften Störung seiner Geistestätigkeit (primäre halluzinatorische Verrücktheit), durch welche seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen ist; nach Lage der Verhältnisse ist anzunehmen, daß der Beschuldigte auch schon zur Zeit der ihm zur Last gelegten Tat geistesgestört gewesen ist."

Auf Grund dieses Gutachtens wurde P. für unzurechnungsfähig erklärt und zuerst der Anstalt F. überwiesen. Dort ergab die körperliche Untersuchung nichts von der Norm Abweichendes. P. war ruhig, beschäftigte sich mit Lesen, klagte viel über Langeweile, äußerte aber im allgemeinen dieselben Wahnideen. Als neu fügte er hinzu, er habe sich einmal eine große Menge Schlafpulver in einer Apotheke verschafft und dieses dann im Walde zu sich genommen; er sei dort von einem Bauern bewußtlos aufgefunden worden. Ein andermal verlangte er ernsthaft Gift und vermachte mit allen Formalitäten seinen Leichnam der Anatomie Tübingen unter der Bedingung, daß in derselben

1. die besonders angegriffenen Teile des Gehirns und Rückenmarks so präpariert werden, daß dieselben dem Geschenkgeber in seinem künftigen Leben auf Wunsch vorgezeigt werden könnten;

2. die Todesursache genau festgestellt und insbesondere — soweit dies nach dem heutigen Stand der Wissenschaft möglich — erklärt werde, warum der Geist dem Körper vorangegangen sei, um diese Erklärung mit der Tatsache, welche der Geschenkgeber zum Teil schon erkannt habe und noch erkennen werde, zum Nutzen der Wissenschaft verwerten zu können.

Nach dreiwöchigem Aufenthalte in F. wurde P. in die Anstalt L. übergeführt. Dort äußerte er anfangs die gleichen Ideen, wenn auch nicht mehr so oft wie bisher. Im Gegensatz zu seinen übrigen Angaben hatte er bei der Aufnahme erklärt, er hoffe bald wieder als genesen entlassen zu werden und verlangte, man solle ihn unter anständige Menschen bringen, er habe mit seiner früheren Äußerung über Totsein nur gemeint, daß sein Gedächtnis und seine geistigen Fähigkeiten stark abgenommen hätten. Bald darauf sprach er jedoch wieder davon, daß sein körperlicher Tod bald eintreten werde, und schrieb über seine Erkrankung an seinen Bruder:

„Lieber Bruder!

Ich bitte Dich, in Deinem Leben einer Philosophie zu folgen, welche mit der einzelnen Person durch Leute, welche man auf irgend welche Art verbunden, wenn es nicht zu sehr gegen die Ehre ist, um des geringsten Vorteils willen, machen läßt, was beliebt wird. Dies führt zum positiven Glück. Ich habe meinen eigenen Kopf aufgesetzt und das Gegenteil erreicht. Auf d e n Standpunkt ist ein ganzes Volk, die Juden gekommen. Die Juden machen die Politik in der ganzen Welt; sie sind mit ihrem Gelde überall die Herren jeder Situation. Das Leben ist für uns mehr eine Last als ein Vergnügen; aber es muß eben gelebt sein. Du darfst Dir unter mir, wenn ich auch hier bin, keinen Narren vorstellen, der Dummheiten und lächerliche Streiche macht oder einen Melancholiker, welcher in die Ecke sitzt und in Weltschmerz verschmelzen will. Mein Leiden halte ich vielmehr, weil ich viel und häufig Kopfschmerzen habe, für ein mehr körperliches, das am schnellsten durch Trepanieren beseitigt würde; ich glaube übrigens, daß dasselbe meinem Leben ein nahes Ziel setzt, nach meiner Ansicht, welche die Ärzte durchaus nicht teilen wollen, sollte ich schon quittiert haben."

Sein Brief schließt: „Wie mir dem ehrlichsten Menschen der Prozeß gemacht wurde, ist ein weiteres Kapitel, das ich bald beschreibe. Für heute ist's genug."

Weiterhin erzählte er auch noch von einer Erscheinung, die er ab und zu bei Nacht in seiner Zelle habe. Es sei dies ein kleines Männchen, nur halb so groß wie er, etwa die Figur des seligen Windthorst; er sehe

meist nur dessen undeutlichen Schatten und dessen große feurige Augen, die hinter einer Brille hervorguckten; zum erstenmal sei ihm die Gestalt vor etwa $^1/_2$ Jahr im Walde erschienen. Er habe damals geglaubt, er habe einen Rausch, als er aber später immer wieder die gleiche Erscheinung gehabt habe, so sei er zu der Überzeugung gekommen, daß dies kein Gebilde seiner Phantasie, sondern Wirklichkeit sei; er habe schon nach der Gestalt geschlagen, es sei dies aber geradeso gewesen, wie wenn er nur leere Luft vor sich gehabt hätte. P. klagte über heftige „Kopf- und Rückenschmerzen, die ihn zum Umfallen gebracht hätten, wenn er sich nicht zuvor hingesetzt hätte, und führte diese auf Tuberkulose der betreffenden Organe zurück; doch sei auch diese schon besser geworden". Dabei war er gleichmäßig guter Stimmung, führte sich anfangs zur Zufriedenheit, beschäftigte sich mit Schreibarbeiten, lief Schlittschuh usw. Bei einer ärztlichen Untersuchung im Februar 1896 nahm er die früher geäußerten Wahnvorstellungen zurück, erklärte alles für krankhaft und für Sinnestäuschungen, gab auch zu, daß sein übermäßiger Alkoholgenuß seine Krankheit verschuldet habe. Er faßte angeblich die besten Vorsätze und war auch bereit, sich mit der Entlassung aus der Anstalt einverstanden zu erklären, machte aber allerlei große Ansprüche für eine eventuelle Stelle und sprach davon, daß er lieber ins Ausland gehe als daß er in der Heimat eine untergeordnete Stellung einnehme. Man ließ ihm allmählich mehr Freiheit, was zur Folge hatte, daß P. sehr häufig den Urlaub überschritt und schwer betrunken zurückkehrte, auch mehrfach Streit mit andern Kranken anfing. In seinen Bedingungen für Annahme einer Stellung wurde er immer anspruchsvoller, so bewarb er sich u. a. um die Hausmeisterstelle der Anstalt. Seine Zeit vertrieb er sich mit Fischen und angeblichen Geschichtsstudien, ließ sich auch Bücher kommen, um ein Drama für die Anstaltsbühne zu schreiben, beschäftigte sich dagegen nur wenig im allgemeinen Interesse. Im Juli 1896 entließ man ihn als genesen aus der Behandlung und gab ihm eine Stelle im Bureau der Anstalt. Schon nach kurzer Zeit mußte er aber wegen fortgesetzter schwerer Verstöße gegen die Hausordnung fortgeschickt werden, und nun war sein Verhalten dem Direktor gegenüber „ein ebenso undankbares wie brutales und unverschämtes". Er verließ die Anstalt nicht ohne noch Drohungen dahin auszustoßen, daß er über seinen Aufenthalt hier alsbald eine Broschüre verfassen werde.

Schon während seines Anstaltsaufenthaltes hatte er den Antrag auf Wiederaufnahme des Verfahrens für diejenigen Straftaten gestellt, die er im Sommer 1895 begangen hatte. Aus diesem Anlaß wurde von dem Direktor der Anstalt ein Gutachten über den Geisteszustand des P. eingefordert; dasselbe schließt sich vollkommen dem des ersten begutachtenden Arztes an und kommt zu dem Schluß, daß bei P. schon im Frühjahr 1895 eine geistige Erkrankung bestanden habe, da sich die Sinnestäuschungen bis zu dieser Zeit zurückverfolgen ließen. Als auffallend erwähnt der Gut-

achter die rasche Besserung im Befinden des P., die so weit ging, daß er Juli 1896 von ihm als genesen betrachtet wurde.

P. kehrte nun zu seiner Mutter nach B. zurück, fand aber daselbst keine ordentliche Stelle, sondern arbeitete nur aushilfsweise da und dort einige Wochen, um dann wieder untätig zu Hause zu sitzen. April 1897 fand er in St. eine Beschäftigung als Stenograph. Einen Monat später ließ er sich durch die Armenbehörde in das Krankenhaus einweisen. Hier gab er auf einmal an, daß er schon seit dem Jahr 1894 krank sei, und daß er damals drei Anfälle gehabt habe. Das erste Mal sei er nachts plötzlich mitten in einem Bach aufgewacht, das zweite Mal sei er — seiner Handlung unbewußt — nachts auf- und davongelaufen, stundenlang umhergeirrt und endlich, ohne eine Erinnerung an das während dieser Zeit Vorgefallene, wieder zu Bewußtsein gekommen; im dritten Falle sei er in L. in eine Schneiderwerkstatt eingedrungen und habe durchaus mitarbeiten wollen. Er behauptete, schon seit November 1896 wieder krank zu sein und allerlei Stimmen zu hören; er sei immer erregter geworden und habe nicht mehr arbeiten können, da er unfähig gewesen sei, seine Aufmerksamkeit zu konzentrieren. Besonders klagte er über schlechten Schlaf, eine Erscheinung, die während des ersten Anstaltsaufenthaltes tatsächlich nachgewiesen worden war. — Bei einem Spaziergang am 4. Mai drang er in sehr erregter Stimmung in einen Laden ein, führte dort unverständliche Reden und war durchaus nicht zu bewegen, diesen wieder zu verlassen, so daß er mit Hilfe der Polizei ins Krankenhaus zurückgebracht werden mußte.

Im August wurde nun P. wegen „halluzinatorischer Geistesstörung" in die Anstalt M. gebracht. Dort äußerte er wiederum dieselben Beschwerden; er litt angeblich an Gehörstäuschungen, die besonders nachts auftraten und ihn in seinen Gedankengängen verfolgten, sowie an vereinzelten unangenehmen Hautempfindungen. Gesichtstäuschungen wurden damals in Abrede gestellt; der Schlaf war auch hier meist schlecht. Neigung zu Beschäftigung zeigte er nicht, war aber sonst in seinem Verhalten ganz geordnet. Gleich bei der Aufnahme sprach er die Erwartung aus, bald wieder als geheilt entlassen werden zu können. Im Frühjahr 1898 traten die Stimmen ganz zurück und Wahnideen wurden nicht mehr geäußert. Jetzt begann er auch, sich mit etwas Stenographie zu beschäftigen. Im Laufe des Jahres wurde sein Auftreten selbstbewußter und die Stimmung sehr gereizt, so daß es öfters zu Streitigkeiten mit andern Kranken kam, während er doch anfangs ganz verträglich war. Im September 1898 logierte er mehrere Tage lang in der Umgebung in einer Wirtschaft, vertrank sein Geld, machte dazu noch eine größere Zechschuld. Erst als ihm mit Verhaftung gedroht wurde, kehrte er in die Anstalt zurück. Er entschuldigte sich mit seiner Krankheit und behauptete, an Sinnestäuschungen gelitten zu haben. Öfters habe er an den Bahnhof gehen wollen, doch habe er einen bestimmten Entschluß hierzu nicht fassen können; er habe wie unter einem Zwange gehandelt. Dabei machte er allerlei Andeutungen,

als ob er wegen eines zarten Verhältnisses eine gemütliche Erregung gehabt und erst im Anschluß daran zu trinken begonnen hätte, um seinen Kummer zu betäuben. Außerdem wollte er schon seit mehreren Wochen wieder an Gehörs- und Gefühlshalluzinationen leiden.

Auf seinen Wunsch wurde er im Oktober 1898 in die Anstalt K. versetzt. Hier war sein Benehmen ruhig und geordnet, ohne irgendwelche krankhafte Störungen; Sinnestäuschungen stellte er in Abrede. Er äußerte zahlreiche Wünsche und verstand es meisterhaft, sich allerlei persönliche Vergünstigungen zu verschaffen. Im übrigen beschäftigte er sich mit Stenographie, machte auch einmal eine kleine Arbeit für die Anstalt, hatte aber sonst nur das Bestreben, für seine persönliche Bequemlichkeit zu sorgen. Ging man ihn aber darum an, er möge für die Anstalt arbeiten, so wurde er sofort ablehnend und machte allerlei Ausflüchte. Anfang des Jahres 1899 klagte er wieder über verschiedene körperliche Beschwerden, wie Kälte- und Hitzegefühl, Abgeschlagenheit in allen Gliedern und schlechten Schlaf. Auffallend war, daß seine Anfälle von Unwohlsein meist zusammentrafen mit den Zeiten, auf die er Arbeiten für die Anstalt zugesagt hatte. Im März 1899 begann er, sich mit der Zusammenstellung eines kurzen Lehrbuchs der Stenographie zu beschäftigen, gab aber nach kurzem Versuch diese Arbeit wieder auf. An die Direktion der Anstalt M. schrieb er von K. aus folgenden Brief: „Mein einen Anstaltsaufenthalt bedingendes Leiden besteht in einer halluzinatorischen Erkrankung. Die subjektive Ursache der Sinnestäuschungen wurde mir gleich in den ersten Tagen der Krankheit klar. Es treten bisher in bezug auf diese Täuschungen Intervalle von Tagen, Wochen und Monaten ein. Seit 5—6 Wochen bin ich wieder ganz frei, wenn man die Zwangsgedanken, die mich hauptsächlich in schlaflosen Nächten beschäftigen, nicht in das genannte Gebiet verweisen will. Neben den Halluzinationen leide ich in hohem Grade an Neurasthenie." Bei einer Revision der Anstalt durch das Kgl. Medizinalkollegium beschwerte er sich über den Direktor, der ihm nicht genügend Freiheit gewähre. Sonst verhielt sich P. ganz gut, so daß er im April 1899 in Familienpflege gegeben und kurz darauf als gebessert entlassen werden konnte. Allerdings begann er sofort wieder zu trinken, sowie er nicht mehr unter der Anstaltsaufsicht stand.

P. arbeitete einige Zeit bei einem Notar, ging dann im Juli 1899 nach St., um sich dort eine Stelle zu suchen, fand aber angeblich keine und mußte sich wegen Zunahme seiner Nervosität, Unruhe und Halluzinationen wieder in ein Krankenhaus aufnehmen lassen. Von diesem aus wurde er — auf seine Bitte — wegen obiger Beschwerden in die Anstalt T. aufgenommen. Er gab damals an, Stimmen zu hören, die ihn warnten, in ein Spital zu gehen; auch sei ihm bei der Kaiserparade zugerufen worden, er werde ein Attentat auf den Kaiser ausüben. Zeitweise glaubte er, nach seiner Angabe, daß diese Stimmen von Bekannten herrührten, die ihm übel wollten; zeitweise war er auch überzeugt, daß es sich nur um

Halluzinationen handle. Seine Willenskraft war angeblich so herabgesetzt, daß er zeitweise Halbschlafzustände hatte, von denen aber objektiv nichts beobachtet werden konnte. Von krankhaften Erscheinungen wurden nur schlechter Schlaf und ein krampfhaftes Zucken der linken Körperhälfte festgestellt. Seine Schlaflosigkeit führte er darauf zurück, daß sich ihm unangenehme Erinnerungen aus seinem Leben aufdrängten, so daß er das Gefühl habe, als ob sein ganzes Leben schon vorher so bestimmt gewesen sei. Er verhielt sich vollkommen normal und beschäftigte sich mit photographischen Arbeiten. Sobald ihm freier Ausgang gewährt wurde, betrank er sich, „weil er in der Kneipe den Zwang hatte, sitzen zu bleiben oder auch in eine andere Kneipe zu gehen", so daß er oft in fünf bis sechs Wirtschaften herumkam. Da er bei einer solchen Gelegenheit großen Skandal verführte, wurde er Anfang März 1900 ungeheilt entlassen. Die Diagnose lautete damals auf: Paranoia chronica.

Von Ende März bis Anfang Juni 1900 war er wegen Nervenkrankheit im Krankenhaus F. in Behandlung. Drei Tage nach seiner Entlassung verübte er eine seiner gewohnten Zechprellereien. Er kehrte in einer Wirtschaft ein, ließ sich das Abendessen schmecken und übernachtete daselbst. Am andern Morgen suchte er sich in einem unbewachten Augenblick zu entfernen, wurde aber dabei festgenommen. Bei seiner Vernehmung erklärte er, „noch fortgesetzt unter dem Eindrucke seiner Erkrankung zu stehen; teils durch seine Schlaflosigkeit, teils sonst unter der Einwirkung sei er — wie, wisse er nicht — dazu gekommen, zuviel zu trinken und dann unfähig gewesen, die Zeche zu bezahlen. Am nächsten Tage habe er plötzlich ein Angstgefühl bekommen und habe schnell die Wirtschaft verlassen mit dem Vorsatz, bei Bekannten in Z. Geld zu entleihen." Auf ein Gutachten des dortigen Oberamtsarztes, der Zweifel an der freien Willensbestimmung des P. hegte, wurde er außer Verfolgung gesetzt. Ende Dezember 1900 ersuchte er persönlich um Aufnahme in die Anstalt K., wurde aber daselbst abgewiesen, da man Verdacht hatte, er wolle sich dadurch der strafrechtlichen Verfolgung mehrerer Delikte entziehen. Etwas Näheres über diese Delikte haben wir aus den Akten nicht entnehmen können. Am folgenden Tage wurde er auf seinen Antrag hin in der Anstalt F. aufgenommen, wo er über Schwindel, Schlaflosigkeit, schwere beängstigende Träume und Halluzinationen klagte, die ihm Vorwürfe machten, ihn verspotteten und beschimpften, allerdings dann auch wieder heitere Dinge zu ihm sagten. Außerdem gab er noch an, er werde hier durch elektrische Beeinflussungen geschädigt, während er in K., wo es nicht einmal elektrische Klingeln gebe, frei davon sei. Er schrieb damals folgenden Brief:

„An die Direktion der Straßenbahngesellschaft.

Durch die oberirdische Führung der Leitungen größerer elektrischer Energie werden zahlreiche sensible Personen in ihrer Gesundheit ernstlich gefährdet, so daß ich gestützt auf meine Erfahrungen Tit. Gesellschaft

raten möchte, ihre electrischen Leitungen künftig unterirdisch zu führen und die bestehenden dahin abzuändern. Die Gefahr für einen großen Teil der Bewohner von mit elektrischer Kraft versehenen Plätzen leite ich aus folgendem her: Es ist bekannt, daß sowohl die Luft als auch die Erde mit Elektrizität gesättigt ist und daß ein gegenseitiger Austausch dieser Kraft seitens der beiden Quellen stattfindet, welcher bei gewöhnlicher Witterung für die menschlichen Sinne nicht bemerkbar ist, wohl aber von hochempfindlichen physikalischen Instrumenten angezeigt wird. Bei Eintritt eines Gewitters dagegen empfindet der größere Teil der höher organisierten Lebewesen den lebhaften Austausch der Elektrizität zwischen Himmel und Erde, und Mensch und Tier leidet unter dem Einfluß der Strömungen. Den Menschen befällt Müdigkeit, Unbehagen, Angst, die Tiere und Vögel werden unruhig und suchen ihre Verstecke auf und die Haustiere suchen Schutz bei ihren Pflegern. Durch Führung der Leitungen größerer elektrischer Energie durch die Luft wird nun der Austausch der Elektrizität zwischen Himmel (Luftraum) und Erde als durch ein künstlich geschaffenes Bindeglied um das Vielfache des Austausches bei einem heftigen Gewitter erhöht. Die gesundheitlichen Nachteile, welcher dieser Zustand bringen muß, sind verschiedener Art und eine eingehende wissenschaftliche Untersuchung ist im Interesse zahlloser Existenzen notwendig. Die Anordnung einer solchen ist Sache der Regierung, an welche ich mich wenden werde. Meine eigenen Erfahrungen mit diesem mißlichen Umstand sind traurige. Den schädlichen Einfluß habe ich leider erst vor wenigen Tagen entdeckt. Dieser gesteigerte El. Austausch ist schon das drittemal der Grund von Nervenleiden. Durch seinen Einfluß wird mein Wille in falsche Bahnen geleitet. Was ich beschließe, kann ich nicht ausführen, während ich wieder gegen meine Einflüsse handeln muß.

Der Vorgang durch el. Einwirkung ist mir ganz klar, umsomehr als meine Erkrankungen nur in St. und U. erfolgten, wo bedeutendere Electriz.-Werke sind und oberirdische Leitungen die Beeinflussung vermitteln. Unter diesen Umständen bin ich mehr als krank geworden, meine Existenz muß aufhören. Ich bin dadurch mehr als vernichtet! Für den mir zugefügten Schaden verlange ich ab 1. Dez. 1900 bis zu meiner Herstellung eine Entschädigung von monatl. 120 M., in welche sich tit. Straßenb. G. und die K. Teleg. Verw. nach Verhältnis zu teilen haben. Ich melde meine Ansprüche zunächst an und bitte um gefl. Rückäußerung, um im Falle ihrer Ablehnung den Rechtsweg betreten zu können. Zum Schluß rate ich Ihnen nochmals, Ihre Leitungen unterirdisch zu führen, Sie werden andernfalls einer ganzen Menge Personen haftpflichtig, die, wenn sie der Sache auf den Grund kommen, sich entschädigen lassen. Sie dürfen sich übrigens auch nicht wundern, wenn Sie eines schönen Morgens Ihre gefährlichen oberirdischen Leitungen g e s t ö r t finden.

Hochachtungsvoll

F. den 27./29. Dez. 1900. P."

Ferner behauptet er, auch zu Handlungen gegen seinen Willen gezwungen zu werden, so daß er z. B. zwischen zwei Ortschaften 15 Stunden lang ununterbrochen habe hin und her laufen müssen. Er führte jetzt zum ersten Male an, daß er schon im Jahre 1895 an Platzangst gelitten habe und aus Furcht vor Überfahrenwerden nicht mehr über eine Straße habe gehen können. Er glaube jedoch nicht, daß Alkoholgenuß — weder bei ihm noch einem andern — diese Zustände hervorrufen könnte; einmaliger übermäßiger Genuß mache ihm überhaupt nichts aus, er bekomme keinen Rausch und keinen Katzenjammer, nur eine längere Fortsetzung schade ihm: er vertrage ohne weiteres 20 Schoppen Bier oder 5 Schoppen Wein. Ende Januar 1901 wurde er wieder nach K. übergeführt, wo er anfänglich dieselben Klagen äußerte, sich im übrigen aber ruhig und zufrieden verhielt. Er las Zeitungen, spielte Skat, rauchte Pfeife, machte auch hie und da wieder einmal eine Abschrift für die Anstalt; weigerte sich aber energisch, Gartenarbeit zu tun, da er beim Bücken Schwindelgefühl habe und auch von Jugend an — ebenso wie keinen Samt — auch keine Gartenerde anfassen könne (!). Seine Wahnideen brachte er damals nur noch selten vor und gab an, sich so an die Gehörstäuschungen gewöhnt zu haben, daß er sie nicht mehr beachte. Auffällig waren starke Stimmungsschwankungen, die jedoch bald verschwanden. Er fand seit April Beschäftigung beim dortigen Stadtschultheißenamt, wodurch er sich einen hübschen Verdienst verschaffte. In der Krankengeschichte findet sich folgender Vermerk vom Mai 1901: „P. hat sein anfänglich bescheidenes und ruhiges Wesen ganz abgelegt, er geht ungeniert seine eigenen Wege, zum Mittagessen pflegt er zu spät zu erscheinen, kam auch einmal überhaupt nicht nach Hause." Im Juli desselben Jahres begann er wieder reichlich Alkoholica zu genießen, soll auch in der Stadt wie bei seinem früheren Aufenthalt sexuelle Verhältnisse gehabt haben. Von einem Ausgang am 5. August kehrte er nicht zurück und ersuchte am andern Tage brieflich um seine Entlassung.

Über seinen Verbleib im folgenden Jahr fehlen nähere Angaben; im August 1902 suchte er das Krankenhaus in R. auf, um von dort aus seine Aufnahme in eine Irrenanstalt zu betreiben. Zu diesem Zwecke schrieb er ein Immediatgesuch folgenden Inhalts:

„Gesuch an S. Majestät!

Der Zweck dieser Audienz ist, Euer K. Maj. unterth. zu bitten, in Gelehrtenkreisen einen Anstoß dahin zu geben, zu untersuchen, inwieweit u. unter welchen Umständen der Wille eines Menschen u. seine geistigen Äußerungen überhaupt im Wege der Fernwirkung durch ein zweites dem ersten überlegenes Individium beeinflußt werden kann und bei geeignetem Ergebnis dieser Untersuchungen im Wege der Gesetzgebung für Schutz der Menschheit vor derartigen Beeinflussungen gnädigst Sorge zu tragen. Der Ehrfurchtsvollste Unterzeichner befindet sich zu Folge solcher Be-

einflussung in der traurigen Lage, in den letzten 6 Jahren wiederholt aus seiner Laufbahn und vom Verdienst des täglichen Brotes gerissen zu werden, so daß es ihm oft am nötigsten fehlt, den widerwärtigsten Beeinflussungen durch Täuschungen des Gehörs, Entziehung des Schlafes u. s. w. ausgesetzt zu sein und in den Krankenanstalten Hilfe suchen zu müssen. Sein ganzes Leben ist dadurch wertlos und in seinem Innern hat eine solche Bitternis Platz gegriffen, daß er, da er die Urheber seines Unglücks zu kennen glaubt, zu Selbsthilfe schreiten wird, wenn ihm in absehbarer Zeit nicht in obengedachter Weise auf legalem Wege Hilfe gebracht werden wird. Dafür, daß seine Vermutung der Übertragung des Willens durch Fernwirkung richtig ist, scheint ihm zu sprechen, daß z. B. in der Neuzeit ohne Draht telegrafiert werden kann etc.

Ehrfurchtsvollst

P."

Außerdem sandte er zur Beschleunigung seiner Aufnahme einem der Anstaltsärzte einen Privatbrief, aus dem zu ersehen ist, wie genau er die Aufnahmebedingungen der württembergischen Irrenanstalten kannte. In A. bot er wieder das gleiche Bild wie bisher. Er benahm sich vollkommen geordnet und anfangs auch bescheiden, änderte aber bald sein Wesen und wurde sehr anspruchsvoll, begann auch wieder sich zu betrinken und sein Zimmer zu verunreinigen, sobald er die Erlaubnis erhielt, allein auszugehen. Anfangs klagte er viel über Gehörstäuschungen und innere Unruhe, ließ jedoch sehr bald nichts mehr von diesen Störungen verlauten, ja es war ihm ersichtlich unangenehm, wenn man darauf zu sprechen kam. Auf die Ankündigung seiner Entlassung machte er abends in betrunkenem Zustande einen großen Skandal und benahm sich dabei grob und anmaßend. Am andern Morgen erklärte er, es tue ihm nachträglich leid, daß es so gegangen sei, er habe aus Wursthaftigkeit — ein Ausdruck, der durch Bismarck parlamentarisch geworden sei — getrunken, sei überhaupt in letzter Zeit vom Oberarzt „moralisch mißhandelt" worden, versicherte aber zugleich, daß er sich nie so wohl gefühlt habe wie augenblicklich. Auch in der Folgezeit betrank er sich häufig und kam fortwährend in Schwierigkeiten und Reibereien mit dem Personal, hatte aber stets Ausreden für sein Benehmen bereit. Mitte Februar wurde er geheilt entlassen und wollte in R. eine Stelle bei einem Buchhändler antreten. Während bei P. bisher stets eine chronische Paranoia angenommen wurde, lautete das Ergebnis der letzten Anstaltsbeobachtung: „P. ist ein Potator; sogenannte pathologische Rauschzustände wurden nicht beobachtet. Im übrigen ist P. ein schlauer und durchtriebener Mensch, der Verhältnisse und Personen gut zu seinem Vorteil auszunützen versteht. Sehr zweifelhaft ist

es, ob die in R. und in seinen vorher abgefaßten Schriftstücken geäußerten, an Paranoia erinnernden Vorstellungen und Sinnestäuschungen wirklich bestanden haben.

Von März bis Oktober 1903 arbeitete P. in einem photographischen Atelier, war dann wieder zwei Monate in U. im Krankenhaus. Von Dezember 1903 bis Juli 1904 stand er als Hilfsarbeiter in Diensten der Stadt St. Er ersparte sich in dieser Zeit die Summe von 310 M. in der Absicht, damit ein photographisches Geschäft zu gründen, ein Versuch, den er aber alsbald — seinen Angaben nach aus Mutlosigkeit und innerer Angst — wieder aufgab. In den nächsten Monaten war P. bei mehreren Amtsgerichten wegen Betrugs usw. in Haft; verübte dann auf der Reise zu seinen Geschwistern unterwegs in H. eine seiner bekannten Zechprellereien. Er übernachtete dort unter falschem Namen und verschwand dann am andern Morgen ohne Bezahlung. Als er bei der Gerichtsverhandlung nirgends aufzufinden war und die Sachverständigen ein Gutachten über seinen Geisteszustand ohne nochmalige Untersuchung ablehnten, wurde das Verfahren gegen ihn eingestellt. Mit seinem Bruder, bei dem er sich eine Zeitlang aufhielt, vertrug er sich bald nicht mehr, und er kehrte deshalb Anfang Oktober nach St. zurück. Dort trieb er sich etwa zwei Wochen lang ziel- und mittellos herum, bis er Anfang November vollständig betrunken — mit stark geschwollenem linken Auge — auf der Landstraße aufgefunden und ins Krankenhaus W. aufgenommen wurde. Er erzählte dort gleich, er sei schon mehrfach in Irrenanstalten gewesen, und wurde deshalb sofort in die benachbarte Anstalt G. gebracht. Bei der Aufnahme daselbst wurde ein starker Tremor der Hände festgestellt. Auch sonst machte P. den Eindruck eines heruntergekommenen gewohnheitsmäßigen Trinkers. Er selbst leugnete dies, erzählte dagegen von einem Zustand der Bewußtlosigkeit, aus dem er nachts plötzlich auf einer unbekannten Landstraße mit geschwollenem Auge erwacht sei; wie er auf die Straße gekommen sei, wisse er nicht anzugeben; am Abend vorher sei er ganz nüchtern gewesen. Anderweitig ist aber festgestellt worden, daß er an diesem Abend sehr stark betrunken war. Beeinflussungsideen stellte er in Abrede; erst als sein Auge abgeheilt war, erklärte er plötzlich, daß er wieder Kriebeln im Bein spüre, was auf elektrische Beeinflussungen zurückzuführen sei, überhaupt habe er seit Mai 1904 wieder sein altes Leiden. Seine früheren Anstaltszeiten schilderte er aktenmäßig und gab an, daß er an „Paranoia" gelitten habe. Auf alle eingehenderen Fragen nach der Natur der jetzt wieder angegebenen Beeinflussungen verweigerte er die Antwort mit der Begründung, daß er nicht genug naturwissenschaftliche Kenntnisse besitze und sich nicht blamieren wolle. Gewährte man ihm freien Ausgang, so benutzte er diesen jedesmal zu Trinkexzessen, suchte auch bei einem solchen den Anwalt zweier anderer Kranker, über die augenblicklich Entmündigungsverhandlungen schwebten,

ohne irgendwelche Aufforderung auf. Er beschäftigte sich in der Anstalt damit, aus Büchern allerlei Aufsätze zusammenzuschreiben, die er dann in Zeitungen veröffentlichte. Mitte März wurde er auf seinen Wunsch entlassen, trat aber die Stelle, die er sich vorher verschafft hatte, nicht an, wurde dagegen in der nächsten Zeit stark betrunken in der Umgegend gesehen. Nach den in der Anstalt gemachten Beobachtungen konnten ihn die dortigen Ärzte nur als einen chronischen Trinker bezeichnen. Nach seiner Entlassung verübte P. wieder zahlreiche Zechprellereien; das gerichtliche Verfahren gegen ihn wurde aber eingestellt und er dem Krankenhaus L. übergeben. Hier klagte er über hartnäckiges Kopfweh und Schlaflosigkeit; gleichzeitig produzierte er, wie es heißt, systematisierte Verfolgungswahnvorstellungen. Er unterlag nach seinen eigenen Angaben zahlreichen Beeinflussungen, die sich in einem lästigen Kribbeln vom Kreuz bis zur Zehe äußerten, sowie in Gedächtnis- und Willensfälschungen. Er behauptete von bestimmten Personen, die er kenne, verfolgt zu werden und drohte mit Selbsthilfe, indem er Verbrechen gegen Verbrechen setzen werde, wenn ihm nicht gesetzlich geholfen werde. Gleichzeitig verlangte er seine Überführung in eine Irrenanstalt, da er dort erfahrungsgemäß am meisten vor seinen Beeinflussungen, die durch Fernwirkung zustande kämen, geschützt sei. Er wurde daraufhin nach der Anstalt N. verbracht, wo er sofort sehr anspruchsvoll auftrat und sich auf seine Fähigkeiten berief. Der Krankengeschichte dieser Anstalt entnehmen wir folgendes: Über seine Verfolgungsideen spricht sich P. mit auffälliger Bereitwilligkeit aus. Er spürt seit längerer Zeit Störungen der Gesundheit, des Schlafs, des Appetits, Rücken- und Gliederschmerzen. Er äußert den bestimmten Verdacht — ungefragt —, daß das von bestimmten Personen gemacht sein könnte. Über das Wie? habe er sich schon oft besonnen, aber er könne sich selber noch keine Rechenschaft und Erklärung geben. Aber es könne dementsprechende Maschinen geben. Auch an spiritistische Beeinflussungen habe er schon gedacht. Ab und zu Klagen über Kopfschmerzen, Kribbeln und über seine „Beeinflussungen". Was nun die letzteren betrifft, so ist es auffällig, wie sehr P. es sich angelegen sein läßt, uns von diesen Beeinflussungen zu überzeugen; er fragte verschiedene Male, ob wir noch nicht an diese glauben; hat sich auch in auffälliger Weise darnach erkundigt, wie es mit der Simulation stehe, welche Krankheitsform am gewöhnlichsten und leichtesten zu simulieren sei; hat einfließen lassen, er wisse wohl, daß man einen Psychiater auf die Dauer nicht täuschen könne. Ist schon das alles verdächtig, so ist sein ganzes Benehmen von einer Art, daß Paranoia jetzt zurzeit völlig auszuschließen ist. Nichts von der Zurückhaltung und dem Mißtrauen des Paranoikers, nichts von dem unerschütterlichen, das ganze Handeln beeinflussenden und beherrschenden Wahnsystem. Dafür ein ausgiebiges System von Vorspiegelungen, Klagen und Lügen, deren Zweck anscheinend der ist, erstens die verkrachte Lauf-

bahn des P. zu entschuldigen und den Potus zu verdecken, und zweitens hinreichenden Grund zum Anstaltsaufenthalt abzugeben. Aus dem Lebenslauf des P. ist auch zu ersehen, daß allgemein der Hergang d e r war, daß P. sich in ein Krankenhaus aufnehmen und dann sich nach einiger Zeit von dort aus in eine Anstalt schicken ließ. Den Anstaltsaufenthalt benützte er als zeitweises Asyl, wenn er nicht mehr hinaussah. Demgemäß fügt er sich auch ohne jede Klage in die Freiheitsbeschränkung, läßt sich's überhaupt in der Anstalt so wohl sein, als es möglich ist. Neulich gerichtliche Vernehmung wegen Zechprellerei. Behauptet wie immer, nichts von der ganzen Sache zu wissen. Seitdem er deutlich merken konnte, daß wir in seine Angaben betreffend Beeinflussungen Zweifel setzen, spricht er auffallend wenig davon und kommt nur zeitweise darauf zu sprechen, wahrscheinlich um weiteres Befragt-werden zu provozieren. Wir gehen weiter nicht mehr darauf ein, seitdem wir fast volle Gewißheit haben, daß d i e s e Beeinflussungen Simulation sind. Sodann ist bemerkenswert, daß er sich immer noch als begehrlichen und genußsüchtigen Schmarotzer zeigt. Schon am Tische zeigt sich diese Begehrlichkeit deutlich, ebenso bei gemeinschaftlichen Ausflügen. So hat er sich z. B. an den wenig urteilsfähigen, sybaritisch lebenden Patienten B. gemacht, schmeichelt ihm, sucht sich ihm durch alle möglichen kleinen Dienste geschäftig und besorgt zu zeigen, wird von diesem Kranken dafür so mit Zigaretten versorgt, daß er den ganzen Tag zu rauchen hat; erhält auch häufig Wein von ihm. All diese materiellen Genüsse führt er sich mit großem Behagen zu Gemüt, sucht sich aber dabei nach Möglichkeit eine Zeit aus, wo die ärztliche Visite nicht um den Weg ist. Wir treffen P. meist beschäftigt, haben aber den Eindruck, daß seine Arbeit nur Komödie ist. Wir schließen dies daraus, daß lediglich kein Fortgang dieser Arbeiten zu sehen ist. Recht oft hält er auch einfach auf dem Sofa Siesta mit B.s Zigaretten. Er hat dann entweder keinen Kopf zum Arbeiten gehabt wegen schlechten Schlafs oder seiner Beeinflussungen wegen, oder er ist an irgendeiner unwesentlichen Detailfrage hängen geblieben, über die er von uns mit ostentativem Interesse Aufklärung wünscht. Vor vierzehn Tagen Ausflug mit einem Wärter; kam deutlich berauscht nach Hause. Hat verschiedene Male freien Ausgang gewünscht, worauf wir aber durchaus nicht eingehen. Hat ferner den Wunsch geäußert, photographieren zu dürfen, worauf wir ebenfalls nicht eingehen. Hat heute um freien Ausgang angefragt, um sich in F. um eine ausgeschriebene Stelle zu bewerben. Wurde dort abgewiesen, da an einen Erfolg gar nicht zu denken war, und hat sich bei der betreffenden Unterredung stellenweise impertinente Bemerkungen erlaubt, übrigens auch eine erhebliche Überschätzung seiner Leistungen an den Tag gelegt. Hat die Erlaubnis bekommen, mit einem Wärter in die Stadt zu gehen, um sich photographische Utensilien einzukaufen. Hat sich dabei wiederum frech benommen, namentlich gegen den Wärter, wollte absolut ins Wirtshaus, was der

Wärter jedoch nicht duldete. Äußert sich über den Wärter verleumderisch und bemängelt die Anstalt mit ihrem zurückgebliebenen System der Krankenbehandlung. Möchte durchaus freien Ausgang haben. Heute stellt sich heraus: P. hat mit zwei Wärtern seiner Abteilung anscheinend schon längere Zeit Verabredung getroffen. Der eine hat vor vier Wochen regelrecht gekündigt, der andere verlangte gestern in frecher, anmaßender Weise seinen Austritt. Beide werden mit noch andern Personen gestern und heute von P. in hiesigen Wirtschaften freigehalten. P. läßt Wein auffahren, „vom allerbesten, Herr Wirt, und wenn's Rüdesheimer wäre!", gibt einem andern Wärter, den er zufällig in der Stadt trifft, den Auftrag, er solle zu einem andern Patienten sagen, er solle nur machen, daß er aus diesem Loch herauskomme. Gestern vormittag hat P. an den Arzt einen von widerlicher Dankbarkeit und guten Vorsätzen triefenden Abschiedsbrief geschrieben. Außerdem wird heute bekannt, daß P. dieser Tage bei der Schwester des obengenannten Patienten in C. vorgesprochen, sich durch Briefe usw. ausgewiesen, eine Notlage simuliert und um Geld gebettelt hat.

Auf Grund dieser Beobachtungen kamen die Ärzte in N. zu der Überzeugung, daß es sich bei P. um einen schwer degenerierten chronischen Alkoholisten handle, der Paranoia simuliere.

P. selbst wurde am 30. September entlassen, und schon Ende Oktober befand er sich wieder wegen Zechprellerei in Haft. Er hatte sich unter falschem Namen zwei Tage lang in einer Wirtschaft zu M. einquartiert und dort das Bett überhaupt nicht verlassen. Am dritten Tage suchte er dann unbemerkt wegzugehen. Vor Gericht stellte er sein Verhalten dar „als die Folge von Willensbeeinflussungen, denen er sich durch Angabe eines falschen Namens habe entziehen wollen, und die er durch große Mengen Alkohols habe betäuben müssen". Er verfaßte auch wieder eine Beschwerdeschrift, in der er von der Staatsanwaltschaft ein Vorgehen gegen seine Beeinflussungen verlangte. Auf ein Gutachten des Vorstandes der Anstalt N., das sich in oben erwähntem Sinne äußerte und dem auch der zugezogene Gerichtsarzt sich anschloß, wurde P. zu 10 Tagen Gefängnis verurteilt. Er legte dagegen Berufung ein, die indes wegen Versäumung der Frist abgelehnt wurde. In diesem Schreiben heißt es: „Ich war nicht nur über die Tage vom 28.—30. Oktober, an welchen ich mich in der Wirtschaft „Zur Krone" in M. aufhielt, sondern auch einige Wochen vorher in einem Zustand, der meine freie Willensbestimmung ausschloß, in einem Zwangszustand, verursacht durch Beeinflussungen von dritter Seite, durch Fernwirkung fremden Willens. Ich bin daher zu Unrecht verurteilt worden." „Das über mich abgegebene Gutachten ist wertlos, weil mich der betreffende Anstaltsvorstand nur in gesunder Zeit gesehen hat u. ich erkläre es für unmöglich, daß ich bei der Ver-

handlung den Eindruck eines Simulanten gemacht habe, da ich im Gegenteil bemüht gewesen bin, nicht den Eindruck eines Geisteskranken zu machen, weil ich schließlich doch mit der Verbringung in eine Irrenanstalt, die ich fürchte, habe rechnen zu müssen geglaubt."

Ende Dezember suchte P. freiwillig zum dritten Male die Anstalt K. auf mit der Angabe, er müsse befürchten, seines aufgeregten Wesens halber wieder mit der Polizei in Konflikt zu kommen, und deshalb bitte er hier wieder um Aufnahme. In der Krankengeschichte heißt es: „P. klagte noch zeitweise über allerlei unangenehme Sensationen am Körper, auch über zeitweiligen Schwindel und Schlaflosigkeit, schien sich aber im übrigen in der Anstalt recht wohl zu fühlen. Er beschäftigte sich fleißig mit Photographieren und leistete sehr Anerkennenswertes dabei; den freien Ausgang benützte er meist dazu, sich zu betrinken, und verunreinigte dabei mehrfach sein Zimmer. Da er jedoch hoch und teuer versprach, künftig sich an die Vorschriften halten und nicht mehr trinken zu wollen, wurde ihm weiterhin freier Ausgang gewährt. Wenige Tage hielt er auch tatsächlich sein Versprechen; sowie er aber durch Photographieren wieder Geld in Händen hatte, kam er öfters betrunken und verspätet nach Hause. Am andern Tage darüber zur Rede gestellt, hatte er jedesmal andere Ausreden; er sprach von nervösen Sensationen, Beeinflussungen und dergleichen, die an seinen Exzessen schuld seien, beteuerte aber gleichzeitig, daß nie mehr etwas derartiges vorkommen werde. Am 23. Juni kam er wiederum schwer betrunken vom Ausgang zurück, verunreinigte sein Zimmer und urinierte einem Zimmergenossen ins Bett. Deshalb sollte er auf eine andere Abteilung versetzt werden; hierüber wurde er sehr erregt und erklärte, sich dies unter keinen Umständen gefallen zu lassen, verlangte auch seine sofortige Entlassung, die man ihm gerne gewährte. Der Anstaltsdirektor gab kurz darauf über P. folgende gutachtliche Äußerung ab: „P. mußte am 23. Juni auf sein Verlangen entlassen werden, obwohl er keineswegs genesen war. Er neigte vielmehr immer wieder zu gelegentlichen Alkoholexzessen und zu Erregungszuständen mit Bewußtseinstrübungen, die jeweils veranlaßt werden durch abnorme Sensationen, die er als äußere Beeinflussungen empfindet. Wahrscheinlich sind in einem solchen Zustand die schon häufig vorgekommenen Betrügereien seitens des P. begangen worden."

Nach seiner Entlassung am 23. Juni 1906 gründete P. ein photographisches Geschäft in der Stadt W. und wurde von dem dortigen Verschönerungsverein mit der Anfertigung eines Fremdenführers und den Illustrationen dazu beauftragt. Anfangs arbeitete er gut und fleißig, verschwand aber am 11. August und kehrte nicht mehr zurück. Am 21. August tauchte er in B. auf, übernachtete in einer Wirtschaft und gab dem Wirte am anderen Morgen u. a. an, er kenne den Herrn Stadtschultheiß

sehr gut und werde ihn nachher zu einem Frühschoppen abholen; er gehe jetzt direkt zu ihm aufs Rathaus. Als P. gegen Mittag nicht zurückkehrte, erkundigte sich der Wirt auf dem Stadtschultheißenamt nach ihm. Der Stadtvorstand gab an, daß er P. aus einem gemeinsamen Kurs von früher her kenne, derselbe habe ihm gesagt, er habe den Verwaltungsdienst aufgegeben, sei Photograph geworden und befinde sich jetzt auf der Reise. P. habe ihn nicht zu einem Frühschoppen aufgefordert, vielmehr habe er ihn um eine Reiseunterstützung gebeten und auch 3 M. erhalten. Bei dieser Gelegenheit wurde auch festgestellt, daß P. tags zuvor vom Schultheißen in A. — ebenfalls auf seine Bitte — ein Geldgeschenk erhalten hatte. Daraufhin wurde an die Anstaltsdirektion in K. die Anfrage gerichtet, ob P. für sein Verhalten verantwortlich gemacht werden könne, worauf die oben erwähnte Antwort erteilt wurde.

Kurz darauf zeigte der Besitzer eines Hotels in H. bei dem Polizeiamt an: „Seit 8 Tagen logiert bei mir ein Gast, der sich in das Fremdenbuch als Reallehrer Schwarz aus Ravensburg eingetragen hat. Derselbe liegt fast immer zu Bett und läßt sich Essen und Trinken aufs Zimmer bringen; er ist bis jetzt noch nie ausgegangen und hat auch bis jetzt noch nichts bezahlt. Deshalb habe ich ihm heute früh die Rechnung im Betrag von 45 Mark 25 Pfennig vorgelegt, worauf der Herr erklärt hat, er bezahle seine Schuldigkeit heute nachmittag. Dies macht mich stutzig, ich vermute, daß der betr. Herr kein Geld hat und bitte um polizeiliche Vernehmung desselben.“ Der angebliche Reallehrer wurde auf dies hin zur Polizei gebracht, wo er sofort seinen richtigen Namen und seine Personalien angab, aber die unwahre Behauptung aufstellte, er sei noch unbestraft. Auf der Polizeiwache verlangte dann P. auszutreten, warf im Pissoir 2 Briefe in die Wasserrinne und versuchte, sie mit dem Fuß in das Abflußrohr zu schieben. Der Inhalt dieser Briefe lautete:

„H. 15. IX. 06.

Herren
Gebr. F. Hotel Russischer Hof
U. a. D.

Bitte mir meine Effekten nach H., Hotel .... nachsenden zu wollen.

Hochachtungsvoll
Reallehrer Schwarz
aus Ravensburg.

„H. 15. IX. 06.

Hochgeehrter Herr Rektor !

Durch Unwohlsein, das einen ernstlichen Charakter anzunehmen drohte, war ich hier seit letzten Samstag ans Bett gefesselt, so daß ich von dem mir zugestandenen Urlaub bis 1. Okt. vollen Gebrauch machen möchte. Mein Stellvertreter wird diese Zeit noch gern bleiben.

Ich bitte Sie, hochgeehrter Herr Rektor, meinem Vorhaben Ihre gütige Zustimmung erteilen zu wollen.

Mit vorzügl. Hochachtung

Ihr sehr erg.

K. Gymnasialrektorat Reallehrer Schwarz."
Ravensburg".

P. gab weiterhin auf der Polizei folgendes an: Ich habe mich im April d. J. in W. als Photograph niedergelassen, seit 1 Monat bin ich geschäftlich auf Reisen und habe mich während dieser Zeit in Stuttgart, Straßburg, Frankfurt, Heidelberg, Mannheim, Ludwigshafen etc. aufgehalten. Am 8. ds. Mts. kam ich hierher ins Hotel und logiere seitdem dort. Bei meiner Ankunft hatte ich kein Geld mehr, dem Hotelier hatte ich dies allerdings nicht mitgeteilt. Den falschen Namen habe ich deshalb angegeben, um mir unerkannt das Geld zur Bezahlung meiner Zeche verschaffen zu können. Meine Zeche hätte ich auch heute noch ohne Aufforderung seitens des Wirtes bezahlt; ich beabsichtigte, heute nachmittag auf einige Stunden das Hotel zu verlassen und zu einem in der Nähe wohnenden Bekannten, den ich vorerst nicht nenne, zu gehen, um dort das Geld zur Bezahlung der Zeche zu holen. Nach einiger Zeit nannte er als diesen Bekannten den Direktor der Anstalt G. und sprach die Überzeugung aus, er würde von diesem das Geld erhalten haben. Letzterer erklärte jedoch auf telephonische Anfrage, daß es ihm vollkommen fern liege, den P. mit Geld zu unterstützen. Auf die Frage nach dem Zweck der beiden oben erwähnten Briefe gab er an: „Ich kenne weder den Rektor des Gymnasiums in R. noch den Besitzer des betr. Hotels in U. Die Briefe sind fingiert. Ich habe dieselben nur geschrieben, um unter dem Vorwand, ich wolle zur Post gehen, ungehindert das Haus verlassen zu können. Ev. hätte ich auch den einen oder andern Brief dem Gastwirt vorgezeigt, um ihn davon zu überzeugen, daß ich wirklich der Reallehrer Sch. aus R. bin. Die Absicht, für immer aus dem Hotel zu verschwinden und den Gastwirt zu betrügen, habe ich dabei nicht gehabt; ich hätte die Briefe vernichtet und dann Geld zur Bezahlung meiner Zeche verschafft und wäre dann wieder zurückgekehrt, um noch bis Mittag dort zu bleiben." Am gleichen Tag wurde P. auf dem Amtsgericht vernommen und sagte dort aus: ich weiß selbst nicht, warum ich einen falschen Namen angegeben habe. Die schuldigen 45,25 M. hätte ich bei dem Oberwärter der Anstalt G. entlehnt, der mir schon öfters ausgeholfen und sein Geld jedesmal wieder bekommen hat. Es wurde nun festgestellt, daß P. allerdings schon einmal, und zwar kurz nach seiner Entlassung aus G., von dem Oberwärter 10 M. entliehen hatte; doch erklärte der Oberwärter auf eine Anfrage, daß er dem P. ein weiteres Darlehen nie mehr gegeben hätte, da ihm die Rückzahlung zu unsicher gewesen wäre.

P. gab ferner dem Untersuchungsrichter an: ich bin ins Hotel gegangen, weil ich mich sehr krank gefühlt habe; die bei den Akten befindlichen Briefe habe ich nur aus Langeweile geschrieben und deshalb beseitigen wollen, weil sie einen falschen Schein auf mich geworfen hätten. „In der letzten Zeit ist mir oft so im Kopf gewesen, daß ich mich nicht mehr auf mich selbst besinnen konnte."

P. wurde als fluchtverdächtig in Haft genommen und schrieb von dort aus zweimal an das Landgericht: „Ich bitte dringend, die Spielereien mit dem Projektionsapparat, mit welchem ich besonders nachts durch das Fenster herein belästigt werde, abstellen zu wollen. Ich durchschaue den Zweck; man will mich damit verrückt machen, daß andere meine Ideen ausnützen können. Da ich nun, wie Sie sehen, die Sache durchschaue, bitte ich um Abstellung der aufregenden Belästigungen."

Bei der Vernehmung seitens des Landgerichts am 8. Oktober 1906 äußerte sich P. folgendermaßen: „An den Vorgang in B. kann ich mich nicht mehr erinnern; es kann sein, daß ich dort übernachtete und die Zeche schuldig geblieben bin, ich weiß dies im einzelnen nicht mehr. Was ich in der Zeit vom 22. August bis 8. September getrieben habe, kann ich auch nicht mehr sagen. Ich bin am 11. August in W. abgereist und machte in verschiedenen Großstädten den Versuch, von Bekannten und Verwandten mir Geldmittel zu verschaffen zwecks Einrichtung eines photographischen Geschäfts, jedoch ohne Erfolg. Daß ich in H. mich einlogiert habe, und 45 M. 25 Pf. schuldig geblieben bin, will ich nicht bestreiten. Ich war krank, mittellos und darauf angewiesen, mir von guten Bekannten in der hiesigen Umgebung, deren Namen ich aber hier nicht nenne, das nötige Geld zur Bezahlung meiner Zechschulden zu entlehnen. Ich rechnete damals bestimmt darauf, daß ich das Geld rechtzeitig bekomme. Die Briefe habe ich geschrieben, ohne damit einen unlauteren Zweck zu verfolgen, sie enthalten reine Phantasie und wären von mir unter allen Umständen vernichtet worden, ohne daß ich einen Gebrauch davon gemacht hätte. Wenn man mir das nicht glaubt, so soll man eben Anklage gegen mich erheben und mich einmal verurteilen; ich halte mich nicht für geisteskrank, ich will kein Narr sein. Wenn es sein muß, so soll man mich eben in die Irrenanstalt nach Tübingen einweisen, aber ich bitte nicht nach G. oder K."

Der betr. Wirt gab bei der Zeugenvernehmung an: „P. ist während der ganzen Zeit vom 8. bis 15. September zu Bett gelegen. Er hat guten Appetit entwickelt und sich alle Speisen auf dem Zimmer servieren lassen. Der Alkoholgenuß des P. ist in dieser Zeit in mäßigen Grenzen geblieben. Ich habe den P. öfters auf seinem Zimmer besucht und mit ihm gesprochen. Dabei hat er als Grund seiner angeblichen Erkrankung angeführt, daß er bei einer Fußtour sich stark erhitzt, einen kalten Wein getrunken und sich dadurch erkältet habe, außerdem sei er schon längere Zeit herzleidend. Da der Mann so kräftig aß, Wein trank und Zigarren rauchte, muß ich

nachträglich an der Richtigkeit dieser Angabe ernstlich Zweifel hegen. Am 15. ist P. aufgestanden und hat erklärt, er wolle das Museum und die übrigen Sehenswürdigkeiten ansehen und hat dann die erwähnten Briefe geschrieben, worauf ich ihm die Rechnung habe überbringen lassen."

Es wurden nun die Direktoren der beiden Anstalten G. und K. zu einem Gutachten über den Geisteszustand des P. aufgefordert.

Der Vorstand der Anstalt G., aus der P. am 18. März dieses Jahres entlassen wurde, äußerte sich folgendermaßen: P. ist in hiesige Anstalt freiwillig eingetreten und war bei seiner Entlassung nicht geisteskrank. Behandelt wurde er wegen chronischen Alkoholismus mit nervösen Störungen. Seine Angaben über Symptome von Geistesstörung erscheinen mir nicht glaubwürdig. P. ist ein degenerierter Mensch, der, soweit ich das beurteilen kann, fast andauernd von Schwindeleien lebt. Der Bestrafung entzieht er sich in der Regel dadurch, daß seine Zurechnungsfähigkeit nicht als festgestellt gilt. Sicher ist, daß er zeitweise schon Zustände von geistiger Störung gehabt hat. Ich habe übrigens vorläufig die Überzeugung, daß die meisten seiner Angaben über psychotische Symptome simuliert sind. Ob P. zur Zeit des Zechbetrugs in H. zurechnungsfähig war oder nicht, das kann ich auf Grund des vorhandenen Materials nicht beurteilen. Ich halte es aber nicht für wahrscheinlich, daß damals Geisteskrankheit vorlag. Nicht verschweigen will ich, daß (vielleicht) andere Irrenärzte anderer Meinung sein könnten. Ich selbst und die hiesigen beiden Oberärzte kennen den P. schon seit langer Zeit. Er ist Stammgast in zahlreichen Irrenanstalten. Bei dieser Sachlage werden Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit des P., der sich gewöhnlich selbst mit Geisteskrankheit entschuldigt, immerhin vorliegen. Ob sie berechtigt sind, darüber könnte nur eine genaue Untersuchung und Beobachtung größere Klarheit schaffen".

Es wurde daher von dem Gutachter der Antrag gestellt, den P. zur Beobachtung seines Geisteszustandes in eine Irrenanstalt einzuweisen.

Der Direktor der Anstalt K, in der P. schon dreimal Aufnahme gefunden hatte und aus der er am 23. Juni d. J. entlassen worden war, sprach sich dahin aus: „Auf erblich degenerativer Grundlage hat P. wiederholt mehr oder weniger akute alkoholische Geistesstörungen dargeboten. Von diesen jeweils wieder beruhigt, bietet er als Dauersymptom verschiedenerlei nervöse Störungen, wie Schlaflosigkeit, Parästhesien, Sinnestäuschungen, krankhafte Eigenbeziehungen und Wahnvorstellungen dar, die ihn nach diesseitiger Ansicht trotz der erhaltenen Seiten seines Geisteslebens zur freien Willensbestimmung unfähig machen."

Auf Grund dieser beiden Gutachten wurde P. am 26. Oktober 1906 zur Beobachtung seines Geisteszustandes in die psychiatrische Klinik in Tübingen verbracht, wo er bis 7. Dezember beobachtet wurde. Das Ergebnis war:

P. ist ein mittelgroßer Mann in gutem Ernährungszustand mit reichlichem Fettpolster. Außer Farbenblindheit sind keinerlei körperliche Degenerationszeichen vorhanden. Hornhautreflexe fehlen, Kniesehnenreflexe waren schwer auslösbar, weil P. stark spannte, und zwar anscheinend absichtlich. Leichter Tremor der Hände, geringe Schmerzhaftigkeit der großen Nervenstämme.

P. war klar, besonnen und orientiert, faßte gut auf und gab bereitwillig und gewandt Antwort. Mit seiner Umgebung unterhielt er sich gut, war heiterer Stimmung, erzählte allerlei Witze, spielte gerne Karten und las viel. Nur zeitweise und besonders gegen Ende der Beobachtung war er manchmal verstimmt, klagte über Müdigkeit, wollte sich mit nichts beschäftigen und schalt über Ärzte und Personal, hatte auch an der Kost immer allerlei auszusetzen; dabei entwickelte er aber einen vortrefflichen Appetit. Schlaf war mit wenig Unterbrechungen gut.

Über den Zweck seines Hierseins war er unterrichtet, behauptete aber, keinerlei Veranlassung dazu gegeben zu haben, und sprach die Vermutung aus, daß man nur deswegen Zweifel an seiner geistigen Gesundheit gehegt habe, weil er in H. 8 Tage dauernd zu Bett geblieben sei, der Amtsrichter habe nämlich einmal die Bemerkung gemacht, „so was könne nur ein Verrückter tun". Er protestierte lebhaft gegen den Aufenthalt in den Irrenanstalten, bat, seine Beobachtungszeit abzukürzen, und machte verschiedene Eingaben um Aufhebung der Untersuchungshaft, weil er augenblicklich günstige Gelegenheit zur Arbeit habe:

„30. X. 06. An Herrn Rechtsanwalt D. H.

Der die Voruntersuchung gegen mich führende Landrichter hat mich in einigen Punkten, die ich mit ihm besprechen wollte, an Sie als meinen Verteidiger gewiesen. Ich ersuche Sie nun, beim K. Landgericht Entbindung vom Erscheinen bei der Hauptverhandlung zu erwirken. Gründe: 1) Als Straftaten können im schlimmsten Fall das Schuldigbleiben meiner Zeche in H. und B. zur Anklage kommen; die Briefe sind reines Phantasieprodukt und waren lediglich zu nichts bestimmt. 2) Ich war 41 Tage in Untersuchungshaft und habe vielleicht volle 6 Wochen in der Klinik zur Beobachtung zu verbleiben, so daß ein bedeutender Überschuß selbst über eine strenge Strafe sich ergeben würde. 3) Ich muß die Zeit nützen und kann nicht in Untersuchungshaft liegen in einer Zeit, wo ich am leichtesten Stellung bekomme. Ich hätte gegen meine Verbringung in die Klinik Einsprache erhoben, da ich nicht geisteskrank, sondern nur beeinflußt bin. Trotzdem ich schon vielfach (beim Medizinalkollegium, beim Staatsministerium, bei S. M. dem König) wegen der jahrelangen Mißhandlungen Beschwerde führte, um Untersuchung bat und kein Gehör fand, glaube ich in der Klinik eine Stelle sehen zu dürfen, die unabhängig genug ist und deren Vertreter mutig genug ist, rücksichtslos die Urheber festzustellen und endlich für meine Ruhe zu sorgen. Für eins wäre ich besonders dankbar: Ich bitte Sie bei dem Hoftheaterinten-

danten anzufragen, was oder wer ihn bewogen habe, mit einem Teil seines Personals (dem Grimassenschneidenden) wiederholt auf mich einzudringen. Vielleicht gestatten Sie mir auch in einer anderen Angelegenheit eine Anfrage. Ich habe nach langem Suchen einen Weg gefunden, plastisch wirkende Photographien herzustellen. Da mindestens die Porträtphotographie künftig diesen Weg gehen muß, ist die Idee von bedeutendem Wert; ein Sachverständiger hat sie für Deutschland, Österreich und die Schweiz nach erfolgtem Schutze auf 500000 M. geschätzt. Um nun den Schutz einzuleiten, muß ich jemand haben, der mir die Verträge macht und die Mittel vorschießt, dann muß ich Modelle machen lassen. In beiden Fällen muß ich meine Idee zunächst preisgeben. Ich frage nun bei Ihnen an, auf welche Weise ich mich vor Mißbrauch schützen kann. Wären Sie event. bereit, die erforderlichen Arbeiten zu besorgen.

Hochachtv. F. P."

„T. 17. Nov. 1906.

Bitte des F. P. um Aufhebung der gegen ihn verhängten Untersuchungshaft, Entbindung vom persönlichen Erscheinen in einer evtl. Hauptverhandlung und Aufstellung eines anderen Sachverständigen. — Königl. Landgericht! In der gegen mich wegen Betrugs u. a. anhängigen Untersuchung bitte ich dringend um Aufhebung der Untersuchungshaft auf den Tag meiner Entlassung aus der hies. Klinik. Begründung: Genannte Beobachtung soll nach einer Äußerung des H. Pr. 6 Wochen dauern. Damit erreicht die Unters.-Haft volle 12 Wochen u. steht zu meinem großen Schaden in einem bedeutenden Mißverhältnis zu den mir zur Last gelegten Delikten. Jeder Tag bringt mir einen Verlust von mindestens 40—50 M. Bevor ich meine Unternehmungen durch Patentschutz etc. in die Wege leiten kann, bin ich gezwungen, auf meinem Beruf weiter zu arbeiten. Die Wochen vor Weihnachten sind die günstigsten in der Photographie und da am leichtesten Stellung zu erhalten. Nachher habe ich keine Aussicht mehr, sowenig wie unmittelbar vor Weihnachten, zu welcher Zeit ich ungefähr nach dem seitherigen Gang der Sache wieder Herr meiner selbst sein werde. Die Bitte um Entbindung vom Erscheinen der Hauptverhandlung begründe ich damit, daß ich meinen in der Voruntersuchung gemachten Angaben nichts mehr hinzuzufügen habe und daß sich auch keine die Sachlage ändernden Momente ergeben haben oder werden ergeben können. Ich verpflichte mich hierdurch, das hohe Ger. von meinem Aufenthalt immer auf dem Laufenden zu erhalten. Für den Fall, daß zu der evtl. Hauptverhandlung noch ein Sachv. bestellt wird, bitte ich von Herrn D. und den ihm unterstellten Anstaltsärzten in G. Abstand zu nehmen, da ich in jener Anstalt sehr oberflächlich behandelt worden bin, insofern dort für die auf mein Seelenleben hauptsächlich drückenden Beeinflussungen kein Verständnis gezeigt wurde. Als Sachverständigen bitte ich den mir gegenüber wenigstens unbefangenen Ober-

amtsarzt, Herrn Dr. G. in H., der, als Baurat bei mir eingeführt, mich wenigstens zu einer Zeit sah, als die Beeinflussungen sich noch stark geltend machten. Nachdem die Periode abgelaufen ist, so hat hier eine Beobachtung nach meiner selbstverständlich unmaßgebenden Ansicht ungefähr denselben Wert, wie die Beobachtung einer absolut gesunden Person auf Fieber, das sie vielleicht vor 4 Wochen gehabt hat. Aus Gründen der Staatsraison wird dem gegen mich begangenen Verbrechen nicht gewehrt, das ist mir nun nach der Haltung auch der hiesigen Ärzte zur Gewißheit geworden. Ähnlich Verfolgte, wie ich, können sich gratulieren, an mir einen Anwalt zu finden. Ich werde meine Lebensaufgabe darin sehen und die großen Mittel, über die ich im Laufe des nächsten Jahres verfügen werde, dazu benützen, das Verbrechen der Beeinflussungen durch Dritte zu sühnen. Bekanntlich öffnet sich dem Geld jedes Tor.

Hochachtungsv. F. P."

„T. 30. November 06.

K. Landg. H.

Gegen den in der Untersuchungssache gegen mich wegen Betrugs erlassenen Haftbefehl erhebe ich hiemit Widerspruch und begründe ihn wie folgt: 1) der H. Befehl ist erlassen worden wegen Fluchtverdacht, der sich auf die irrige Annahme stützte, ich habe keinen Wohnsitz im Sinne der Str.P.O. Tatsächlich hatte ich meinen Wohnsitz und meinen Gewerbebetrieb in W. und habe diese bis heute noch nicht aufgegeben und habe mich dort noch nicht von der Gewerbesteuer abgemeldet. An der Aufgabe hinderte mich schon eine große Reihe halbfertiger Arbeiten und unerledigter Aufträge. Ich war zu zeitweiser Verlassung meines Wohnsitzes nur durch die Beeinflussungen und gesch. Angelegenheiten veranlaßt. Das Gemeindegericht W., dessen Vorstand mich und meine Verhältnisse genau kennt, hat in einer Angelegenheit des Mahnverfahrens W. als meinen Wohnsitz betrachtet, trotzdem es dort bekannt war, daß ich schon einige Wochen in Untersuchungshaft genommen war. Ein Fluchtverdacht ist auch deswegen unbegr. als mir die Gelegenheit, mit einem höheren Ger. zu tun zu bekommen, nur angenehm sein kann, da ich sonst geringe Gelegenheit finde, die auf mich seit Jahren verübten Beeinflussungen von Dritten zur Sprache zu bringen, was schon schriftlich geschehen ist, und womit sich zu befassen ich auch die K. Ps. K. ersuchte. 2) Die jetzt erlittene Unters.H. steht in keinem Verhältnis mehr zu der Höhe einer evtl. zu gewärtigenden Freiheitsstrafe. 3) Ich verpflichte mich jeden Wohnungswechsel sof. dem K. L. G. anzuzeigen. 4) vor Weihnachten habe ich eine gute Aussicht auf gesch. Chancen, nach Weihn. die schlechtesten; ich werde also mehr als nottut auch materiell geschädigt. Ich bitte die Untersuchungshaft auf 6. 12. 06, an welchem Tage die 6wöchige Frist zu Beobachtung meines Geisteszustandes ablauft, aufheben zu wollen. Aus Gründen der Staatsraison sollten in unserem Zeitalter solch schwere Ver-

brechen, wie eines an mir durch Beeinflussungen ausgeübt wird, nicht mehr ungeahndet bleiben. Tausende mögen in unserem Deutschen Reiche darunter leiden. Hochachtv. F. P."

Jeder Tag, sagte er, sei jetzt für ihn 500 M. wert, da er ein Zinsinteresse von 500000 M. habe, einem Kapital, das er sich durch eine neue Erfindung von plastischen Photographien auf optischem Wege erwerben werde. Jede nähere Auskunft über diesen Gegenstand verweigerte er, nannte auch nie den Sachverständigen, der angeblich die Erfindung geprüft und als sehr wertvoll befunden haben sollte. Als Grund hierfür gab er an, daß er befürchten müsse, betrogen zu werden, solange seine Erfindung patentamtlich noch nicht geschützt sei. Er habe berechtigtes Mißtrauen gegen alle Menschen, denn es gebe fast keinen ehrlichen. Drang man nun mehr auf ihn ein und bat um genaueren Aufschluß, so wurde er sofort gereizt und gebrauchte allerlei nichtssagende Redensarten. Weiterhin behauptete er, wie bei jedem bisherigen Anstaltsaufenthalt, das Vorhandensein von Wahnideen und Beeinflussungen und schrieb in diesem Sinne eine ganze Reihe von Briefen:

„Bitte des P. z. Z. in der Ps. K. um Veranlassung einer eingehenden Untersuchung, betr. die auf ihn seit Jahren von Dritten ausgeübten Beeinflussungen. 7. 11. 06.

Hohes königl. Staatsministerium!

Mit Bezugnahme auf meine früheren Eingaben wiederhole ich dringend meine Bitte um hochgeneigte Veranlassung einer eingehenden Untersuchung, betreff. die auf mich seit Jahren von Dritten ausgeübten Beeinflussungen durch die hiesige Ps. K. u. durch das hiesige Physiologische Institut. Ich kann nicht umhin, meiner Verwunderung Ausdruck zu geben, daß auf meine früheren Eingaben an S. M. den König, an das Königl. Staatsministerium u. an das Königl. Medizinalkollegium keinerlei Verfügung getroffen worden ist und vermute, daß die Schriftstücke gar nicht an ihre Adresse gelangt, sondern unterschlagen worden sind. Nachdem ich mich zur Beobachtung meines Geisteszustandes schon in der Ps. K. hier befinde, ist die Gewährung meiner gehorsamsten Bitte außerordentlich vereinfacht, und ich gebe mich der angenehmen Hoffnung hin, daß meinem Gesuch endlich stattgegeben wird. Ehrerbietig F. P."

„T. 28. Nov. 1906.

An Herrn Prof. Gaupp.

Ew. Hochwohlgeboren!

Der Eindruck, die Grundlagen, die Sie zur Gewinnung eines Urteils über meine Persönlichkeit in Händen haben, seien teils einseitig, teils unrichtig, hat sich durch Ihren Vortrag gestern Abend im allgemeinen u. in einigen besonderen für mich als sittlichen Menschen in Betracht

kommenden Punkten bei mir wesentlich verstärkt. Die Einzelheiten sind mir heute nicht mehr alle präsent und ich muß Sie deshalb im Interesse der Wahrheit bitten, den Auszug aus den Akten, den Sie gestern als Hilfsmittel benützten und an dessen Übereinstimmung mit dem Inhalt der verschiedenen Akten ich nicht zweifle, wohl aber an der Richtigkeit gelegentlicher Notizen von Anstaltsärzten, die sich zum größeren Teil auf die Angaben eines geistig und sittlich mehr oder weniger tief stehenden Wartpersonals stützen, mit mir Punkt für Punkt durchzugehen oder durchgehen zu lassen. Ich muß auf Richtigstellung dringen, da sich auch Ihr Gutachten zum Teil auf die mit Recht angezweifelten Akten stützen wird u. von Ihrem Urteil mein Schicksal abhängt. Ich bin in der Lage, gegen verschiedene mir zu Gehör gebrachten Punkte den Gegenbeweis zu erbringen. Auf einige Punkte gehe ich zunächst hier ein. Sie sagten, ich habe die meiste Zeit, in welcher ich nicht in Irrenanstalten war, von Betrug gelebt. Diese Behauptung charakterisiere ich nicht, constatiere aber, daß ich mindestens $^{29}/_{30}$ dieser Zeit gegen auskömmliche Bezahlung teils im Verwaltungsfach, teils als Photograph, Geschäftsreisender, Hotelbuchhalter u. s. w. tätig war. Über alle me ne Dienstleistungen mir Zeugnisse geben zu lassen, hätte ich nicht versäumt, wenn ich geahnt hätte, dieser Waffen hier zu bedürfen. Es hat mich eigentümlich berührt, von Ihnen zu hören, daß Zeugnisse leicht zu bekommen seien. Ich muß annehmen, daß Sie hiebei an gefälschte Zeugnisse dachten oder die Beamten, von welchen ich Zeugnisse aus den letzten Jahren besitze, im Verdacht haben als Fälscher. Von Privatstellungen habe ich nur ein Zeugnis über meine Tätigkeit als Hotelbuchhalter in Fr. a. M., über die übrigen privaten Tätigkeiten, z. B. als Photographengehilfe ließ ich mir keine Zeugnisse geben. Die Originalzeugnisse, die mir große Geschäftstüchtigkeit und eisernen Fleiß bezeugen, sind von Leuten, die sich durch die größte Gewissenhaftigkeit auszeichnen und stehen Ihnen zur Einsicht u. Prüf. zur Verfügung. Das weitere ist leicht festzustellen, wo ich in der letzten Zeit tätig war. Es bleiben nur 2 Monat, sage zwei Monat, Beschäftigungs- und Verdienstlosigkeit. Nun ist es mir aber gelungen, da und dort Ersparnisse zu machen, s. z. B. in St. 300 M. Weiter legte ich Geld an in Garderobe und Einrichtungsgegenständen; dieser Artikel entäußerte ich mich im Notfalle. Die Behauptung, ich hätte in der Zeit, in welcher ich nicht in Anstalten war, meistens von Betrug gelebt, dürfte nun hinfällig sein. Der Grund meines häufigen Stellenwechsels dürfte nicht in meiner Reizbarkeit, sondern in den Beeinflussungen liegen; meine Umgangsformen sind die eines gebildeten nicht gerade devoten Menschen; gegen den, der mir rüppelhaft entgegenkommt oder mir mit seiner Überlegenheit imponieren will, zeige ich nur Gleichgültigkeit. Auf das Vorangegangene zurückkommend, bemerke ich, daß die 21 Fälle, die Sie zitierten, hinter meinem Aufenthalt in L. zurückliegen. Sie haben sich gestern außerordentlich Mühe gegeben, mich als einen gemeingefährlichen Geistes-

kranken zu schildern. Sie haben nicht einmal die Möglichkeit, viel weniger die Tatsache meiner Beeinflussungen zugegeben. — Gründe der Staatsraison. — Ich komme nun zu der Überzeugung, daß Sie gestern Hauptsachen aus dem Auge gelassen haben, die sich als unpassende Bausteine eben dem von Ihnen errichteten Gebäude schlechterdings nicht einfügen ließen. Es muß Ihnen doch aufgefallen sein, daß ich mich nur in einer Richtung verfehlt habe, wodurch von einem Vermögensvorteil für mich nicht die Rede sein kann. Zudem habe ich ja meine Schulden immer nachträglich bezahlt. Gäbe es dann für mich auch noch andere Wege, für mich einen Vorteil zu erlangen durch Gesetzesübertretung. Nicht nur Klugheit, sondern auch Rechtlichkeit hält mich davon ab. Beides ist bei mir genügend vorhanden, um mich vor einem Zechbetrug abzuhalten, ebenso wie von anderen Überschreitungen, wovon ich mir keine zu Schulden kommen ließ. Bei einigem Nachdenken wird jeder vernünftige und vorurteilslose Mensch — ebenso wie ich — zu dem Schluß unfehlbar kommen, daß bei mir, der ich, abgesehen von den Wirkungen der Beeinflussungen, sonst gesund und von Leidenschaften ziemlich frei bin, der einzig wunde Punkt bei den Beeinflussungen mit Erfolg benützt wird und der ist, daß ich mittelst Störung meines Gleichgewichts durch die Beeinflussungen zum Trinken gezwungen werden kann. Alles, was mir in meinem sittlichen Leben selbst bei Anlegung des strengsten Maßstabs Ungünstiges nachgewiesen werden kann, steht ausschließlich in kausalem Zusammenhang mit der Beeinflussung und der durch sie hervorgerufenen Schlaflosigkeit und Trinkzwang. Von Getränken konsumiere ich übrigens nur Bier, selten Apfelmost, noch seltener Wein und nie Schnaps. Bei meiner jahrelangen Schlaflosigkeit muß ich mich an Stelle von narkotischen Mitteln in Zeiten, in welchen sich die Beeinflussungen geltend machen des Bieres bedienen. Ist die Sache nicht zu weit vorgeschritten, so genügen Abends $1^1/_2$—2 Liter Bier. Tagsüber trinke ich nichts, nur in aufgeregtem Zustande trinke ich da auch, d. h. ich muß. Als eigentl. Alkoholiker bin ich nicht aufzufassen, da ich in nicht beeinflußtem Zustande mich auch im Trinken in der Gewalt habe; ich kann da jederzeit und beliebig lang abstinieren. Ich muß Ew. Hochw. ferner deshalb um Durchsprechung der einzelnen Punkte des Elaborats, das gestern Abend Ihnen als Anhaltspunkt diente, bitten, da ich bei der Exploration durch Sie und H. Dr. R. mehrere Fragen nicht richtig auffaßte und deshalb keine richtige Auskunft geben konnte. So z. B. frugen Sie mich nach dem Zeitpunkt des Aufhörens der Beeinflussungen unmittelbar nach der Behandlung der Vorgaukelungen und da gab ich Ihnen den 2ten Tag meines Hierseins an. Damit habe ich aber das Ende der Belästigung durch Figuren u. nicht der Beeinflussungen bezeichnet. H. Dr. R. fragte mich nach der Prüfung des Gefühls, wo ich die Berührungen am meisten gespürt habe; ich antwortete es nicht angeben zu können; erst nachträglich kam mir zum Bewußtsein, daß Herr Dr. R. die Körperseite meinte, welche er am

öftesten berührt habe. Da nun solche Mißverständnisse auch in wichtigen Fragen in der Eile vorkommen konnten, halte ich eine Revision für unumgänglich. Wird von mir behauptet, daß ich ein gemeingefährlicher Geisteskranker bin, so wird an mir ein weiteres Verbrechen begangen. Gemeingefährlich sind die Urheber meiner Beeinflussungen. Seit etwa 10 Tagen fühle ich mich geistig selbständiger und widerstandsfähiger und bin überzeugt, meine Zwecke verfolgen und die Gefahr der Beeinflussungen bestehen zu können. Doch legen mir die seitherigen Erfahrungen nahe, nach rascher Verwertung meiner Erfindung das Weltmeer zwischen mich und meine Feinde zu legen, wenn ich anders nicht jemand finde, der der Sache auf den Grund geht. Auffallend scheint mir, daß meiner Eingabe an das Staatsm. keine Folge gegeben wurde. Am 23. ds. M. gab ich, belehrt durch das Schreiben des U.R. eine Beschwerde gegen den erlassenen H.Befehl ab. Anfangs nächster Woche kann ich die Entscheidung verwerfen, wenn mein Schr. expediert wurde. Um Mißverständnissen zu begegnen, constatiere ich, daß es meine Absicht ist, in meiner ganzen Angelegenheit rein sachlich vorzugehen. Ich glaube erwarten zu können, das Ew. H. meinem Wunsche gütigst entsprechen.

H. Achtsv. F. P."

„Ew. Hochw.! In einer der letzten schlaflosen Nächte habe ich mich einiger beweisbarer Umstände, die meinem Gedächtnis entfallen bezw. durch Beeinflussungen verwischt waren, deutlich erinnert. Ich halte sie nicht für unwesentlich u. trage sie — 4. Dez. 06 — nach, ob Sie nun Ihr Urteil abgeschlossen haben oder nicht. Ich kam nach G. im Besitz von annähernd 3 M. Im einzigen Wirtsh. daselbst kehrte ich ein und bezahlte m. Konsum (Bier, Schwarzbrot) mit einem 2M.stück. Von G. fuhr ich mit einem Bierführer nach H. und entschädigte diesen in der Wirtschaft mit Bier und Zigarren. Von da ging ich ins Gasthaus K., um die Adresse eines Gewerbelehrers zu erfragen. Daselbst faßten mich gleich 2 Männer ins Auge und setzten sich mit dem Wirt über mich ins Benehmen. Ich wollte mir nun Nachtquartier suchen. Kaum aber hatte ich in einer Wirtschaft Platz genomen, als die 2 Männer ebenfalls dort eintrafen, dies steigerte mein Angstgefühl in höchstem Maße. Ich begab mich noch in 2 Wirtschaften und glaubte immer die 2 Männer auf den Fersen zu haben. Es war ein sehr heißer Tag ich hatte auf meinem Marsch getr. und das Bier in H. brachte mich ins Stadium starker Trunkenheit, durch das Trinken wollte ich die Beeinflussungen abschwächen. Weiter glaubte ich den Namen Schwarz auf dem Notizblock gelesen und abgeschrieben zu haben. Dies könnte stimmen, denn der Hotelier führt, wie ich nachträglich erfahren habe, denselben Namen. Ich war am andern Morgen sehr erstaunt, als ich mit dem Namen Schwarz angeredet wurde, ich wußte nichts mehr davon. Das Übrige habe ich der Wahrheit gemäß angegeben. Ich war sehr stark beeinfl. und sah allerlei Bilder vor mir, die ich anfangs für

wirklich nahm. Ich zweifelte an meinem eigenen Ich damals u. glaube, es ist meine Pflicht, dies nachträglich noch anzuführen.

H. Achtsv. F. P.

„T. 5. 12. 1906. Ew. Hochw.! Es kommen mir immer mehr Einzelheiten aus den letzten 4 Monaten ins Ged., die geeignet sind, die Beeinflussungen zu beweisen. Mitte August a. c., etwa 2 Tage vor dem Fall in B., war ich vollständig verwirrt durch die Beeinflussungen. Abends zwischen 8 und 9 Uhr sei ich in dem Hause des Kaufmanns H. bis in den 4. oder 5. Stock gestiegen und habe mich im Öhrn niedergesetzt, habe gesungen und sei nur mit Gew. zu entfernen gewesen. Ich habe mich am anderen Tage auf eine Aufforderung hin entschuldigt und erst da die Einzelheiten erfahren (Zeuge Z.). Mit Geld war ich noch ziemlich versehen. In dieser Zeit hatte ich eine große Angst und schlief nur, wenn ich total erschöpft war, im Freien. Wenige Tage nachher passierte ich ein Städchen, den Namen weiß ich nicht mehr. Dort nahm ich vor einem Gensdarmen Reißaus u. überrannte mitten im Ort einen Polizeidiener. Gesetzesübertretung hatte ich mir damals noch keine zu Schulden kommen lassen, also auch keinen Grund zum Durchgehen. Damals hatte ich solche Angstgefühle, daß ich jeden Wohnplatz umging, wenn ich nicht eine Brücke nötig hatte. Obwohl noch genügend bemittelt, lebte ich vom Fallobst von der Straße. Daß mich diese Angstzustände zum Verl. meines Wohnplatzes W. zwangen, habe ich meines W. schon bemerkt. In der U. H. zwang ich mich zur vollsten Ruhe, um nicht für geisteskrank gehalten zu werden. Schwer genug ists mir geworden bei den Belästigungen. Ich calkulierte: für den Delikt erleidest du eine Gefängnisstr. v. höchstens 3 Wochen und bist nachher wieder ein freier Mann, verwendest Deine Erf. und wanderst dann aus, um den Beeinflussungen zu entgehen. Die Abs. eines Betr. lag mir fern. In meinem gestrigen Briefe habe ich vergessen, daß ich wahrsch. m. Rücks. auf die 2 Herren, die mich verfolgten, einen falschen Namen angab. Hätten Sie mich damals in die Hände bekommen, so hätten Sie genug Material für den Beweis der Beeinflussung bekommen. Zum Schluß möchte ich Sie bitten, mit mir (namentlich zur Nachtzeit) in keinen geistigen Contact zu treten, die dadurch hervorgerufenen Schwingungen der Seele beunruhigen mich und schwächen mich und ich habe meine Kraft dringend nötig. Ob diese Notizen Ihnen dienlich sind, weiß ich nicht, Herr Dr. G. forderte mich dazu auf, als ich davon sprach. H. Achtsv. F. P."

Näheres über seine Beeinflussungen auszusagen, war er nicht imstande, sondern erklärte, dies der Wissenschaft überlassen zu wollen, von der er erwarte, daß sie ihn davon befreien werde. Als einzige Erläuterung führte er den Vergleich mit der Hypnose an, betonte jedoch dabei, daß es sich um etwas ganz anderes handeln müsse. Auch die beiden ihm zur Last gelegten Delikte führte er auf die „Beeinflussung durch

Willensübertragung" zurück und behauptete, damals einfach nicht weiter gekonnt zu haben, auch habe er sich gar keine Gedanken mehr machen können. Die Briefe in H. seien nur Phantasieprodukte und Spielerei gewesen, er habe niemals die Absicht gehabt, sie vorzuzeigen. Daß er sich dort als Lehrer ausgegeben habe, sei daher gekommen, daß ihn der Hoteldiener mit Professor angeredet habe und er nahe daran gewesen sei, dies zu glauben und seine „Individualität zu verlieren". Hinterher habe er die Briefe vernichten wollen, weil ihm der Gedanke gekommen sei, daß er damit hereinfallen könne.

Ein andermal äußerte P. noch eine andere Art von Beeinflussung, bei der er sich als Medium bezeichnete; durch ihn hindurch wirken andere auf dritte Personen, und zwar in gutem wie in schlechtem Sinn. So sei es vorgekommen, daß Leute ihm alles zu Gefallen tun müßten, wie z. B. seine Hauswirtin bei Einrichtung des photographischen Geschäftes ihm alle notwendigen Gegenstände aus der Haushaltung im richtigen Augenblicke gebracht habe, ohne daß er etwas gesagt oder diese ein Verständnis dafür gehabt habe. In schlechtem Sinne werde durch ihn auf alle, die ihm etwas zuleide getan, eingewirkt. Irgendein Beispiel anzuführen, weigerte er sich, da es sich meist um hochgestellte Personen handle, die ihm schaden könnten, weshalb er es sich zuvor sehr überlegen müsse, wen er ohne Gefahr nennen könne. Er reichte dann wenige Tage ohne weitere Aufforderung folgendes Verzeichnis ein:

„Einige Fälle offenbaren Ausgleichs für die an mir begangenen Ungerechtigkeiten ohne mein Dazutun, lediglich als Medium bei Beeinflussungen. Durch die Beeinflussung sammelt sich in mir eine gewisse Summe Kraft an, die sich günstig oder ungünstig auf solche Personen entladen muß, zu welchen ich in geistige Beziehung (Contact) trete.

| Personen: | Handlungen gegen mich. | Ausgleich. |
|---|---|---|
| Frau F in S. | Verleumdung u. Schädigung. | Krankheit. |
| Beamter F. in St. | Beleidigung. | Krankheit und Selbstmord. |
| Exp. L. in E. | Denunz. durch anonym. Brief. | Krankheit und qualvoller Tod. |
| Frau St. in E. | Verrat. | Nervenleiden. |
| Kassier R. in Oe. | Verrat. | Qualvolles Leiden und Tod im besten Alter. |
| Freund B. in B. | Untreue. | Mißheirat. |
| Vetter P. in F. | Verleug. verwandtsch. Gefühle. | Hilflosigkeit und Mißhandlung im Alter. |
| Nächste Verwandte | I. desgl. Versagung v. Hilfe. | Schlaganfall, Lähmung, finanz. Verlust. |
| . | II. Agitation gegen mich. | Ungl. m. 1 Kind. Verm. Verlust. |

Diese Reihe kann ich mindestens auf 100 bringen und ebenso günstige Beeinflussungen durch mich als Medium eine große Reihe aufzählen. Das Nähere teile ich mit, wann mir versprochen wird, daß die Namen nicht in die Akten eingetragen werden."

Im allgemeinen war er bei der Unterhaltung stets bemüht, immer wieder diesen Punkt zu berühren, so daß man den Eindruck gewinnen mußte, es sei sein Bestreben, diese Dinge möglichst hervorzuheben. Von Zurückhaltung und Mißtrauen war nichts bei ihm zu bemerken; er wünschte im Gegenteil die ärztliche Untersuchung und beschwerte sich, daß man sich nicht genügend mit ihm abgebe.

Den Ärzten gegenüber war er freundlich und zuvorkommend; hatte sichtlich das Bestreben, gut angeschrieben zu sein. Als er einmal wegen seiner „Wahnideen" in die Enge getrieben, gereizt worden war, entschuldigte er sich nachher in übertriebener Weise und bat, es ihm ja nicht übel zu nehmen, da er ein nervöser Mensch sei und leicht in Aufregung gerate. Ganz entgegen dieser oft geradezu kriechenden Art zeigte er sonst ein stark gehobenes Selbstbewußtsein sowohl dem Personal als auch den Kranken gegenüber. Auch sich und seine Tätigkeit lobte er häufig und wies darauf hin, welche Geschicklichkeit dazu gehöre, sich in so kurzer Zeit in drei Berufen einzulernen, wie er es, durch Krankheit veranlaßt, getan habe. Auf den Einwand, daß er doch in keinem derselben etwas geleistet habe, wurde er gereizt und wies mit lauter Stimme und in übertriebener theatralischer Art diese Behauptung zurück, wie überhaupt alle seine Affektausbrüche den Eindruck des Gemachten hervorriefen. Er betonte, daß er außerhalb der Anstalt immer etwas geleistet habe, und daß er nur durch Krankheit gezwungen gewesen sei, die Irrenanstalt aufzusuchen. Auf die Frage, ob er denn geisteskrank gewesen sei, erklärte er sofort, daß er damit nur die Beeinflussungen gemeint habe, die er zeitweise als krankhaft angesehen habe, zeitweise jedoch auch nicht. Außerdem entschuldigte er sich ganz kleinlaut bei dem Arzt, daß er ihn wohl mißverstanden haben müsse, und bat, seine vorherigen Äußerungen ja nicht falsch aufzufassen und einen Größenwahn daraus zu konstruieren. Ein andermal sagte er dann, es sei möglich, daß er nicht geisteskrank sei, sondern nur beeinflußt, er komme dadurch in einen Zustand, der einer Krankheit ähnlich sehe. Da er sich nun in den Anstalten immer am wohlsten gefühlt habe, so sei er dorthin gegangen, ohne weiter den Ärzten zu widersprechen, da er mit ihnen doch keinen Kampf führen wolle. Verantwortlich für seine Zechprellereien sei er eigentlich nicht, weil er Medium gewesen sei; er habe aber den Wunsch, bestraft zu werden, um möglichst bald wieder in Freiheit zu gelangen zwecks Ausnützung seiner Erfindung. Er habe ja im Falle seiner Verurteilung keine große Strafe zu gewärtigen, da ihm die lange Untersuchungshaft wohl angerechnet werden müsse. Als ihm dann Gelegenheit gegeben wurde zu photographischen Arbeiten, beschäftigte er sich ganz fleißig. Zur Erklärung gab er an, daß er augen-

blicklich nicht mehr unter den Beeinflussungen leide und daß er — mit Ausnahme der ersten Tage — hier niemals etwas davon beobachtet habe. „Aus diesem Grunde hat", so lauten seine eigenen Worte, „die hiesige Beobachtung nach meiner selbstverständlich unmaßgeblichen Ansicht, nachdem die Periode abgelaufen ist, ungefähr denselben Wert wie die Beobachtung einer absolut gesunden Person auf Fieber, das sie vielleicht vor 4 Wochen gehabt hat."

Dessen ungeachtet schrieb er wenige Tage nach dieser Äußerung an den Direktor der Klinik jenen oben angeführten Brief, in dem er diesen aufforderte, den geistigen Kontakt bei Nacht mit ihm zu unterlassen usw. Solche Widersprüche hatten wir fast Tag für Tag Gelegenheit, festzustellen, und zwar immer nur bei Angaben, die seine angeblichen Krankheitserscheinungen betrafen, während er für alles andere ein vorzügliches Gedächtnis hatte. Fast regelmäßig, wenn ein solcher Widerspruch — wie er sich z. B. auch bei den verschiedenen Angaben über den Beweggrund zu seiner Zechprellerei in H. ergab — offenkundig zutage getreten war, suchte er am folgenden Tage die Sache zu bemänteln oder es als ein Mißverständnis hinzustellen, obwohl ihm von seiten des Arztes niemals auch nur eine Andeutung gemacht wurde, daß man sein Vorbringen nicht glaube, und er bis zum letzten Tage in der Überzeugung gelassen wurde, man schenke seinen Ausführungen volles Vertrauen. Objektiv wurde nie etwas beobachtet, das den Verdacht auf Sinnestäuschungen hervorgerufen hätte. Störungen der Intelligenz sind sicher nicht vorhanden, im Gegenteil zeigte er sowohl im mündlichen wie im schriftlichen Verkehr geistige Fähigkeiten, die über dem stehen, was sonst von Leuten seines Bildungsganges erwartet werden kann. Auch sein übriges Verhalten bei Unterredungen usw. wies einen gewissen Grad von Umsicht und Geschicklichkeit auf; mit lauerndem Blick und gespannter Aufmerksamkeit verfolgte er stets den Eindruck seiner Worte auf die Umgebung und suchte in deren Mienen ihre Ansicht zu lesen. Glaubte er je, zu weit gegangen zu sein, so lenkte er sofort ein und suchte durch einschmeichelndes Wesen Stimmung für sich zu machen. Wurde er jedoch durch Kreuzfragen zu sehr in die Enge getrieben, so half er sich durch Verfallen in gereizte und ablehnende Stimmung, was z. B. bei der Frage nach seinen freiwilligen Anstaltseintritten regelmäßig auftrat, oder aber er erklärte, durch Beeinflussung die Erinnerung für die betreffende Zeit vollkommen verloren zu haben.

Auf Grund der klinischen Beobachtung wurde über P. ein ausführliches Gutachten abgegeben, dessen letzter zusammenfassender Teil folgendermaßen lautete:

Aus dem Vorgesagten ergibt sich, daß P. auf der Schule gute Fähigkeiten zeigte und auch zu Anfang seinen Beruf als unterer Verwaltungsbeamter erfüllte, wenn er auch nur ein mäßiges Examen gemacht hatte. Schon nach wenigen Jahren geriet er aber in das Trinken hinein, bekam

Schwierigkeiten mit seinen Vorgesetzten und wanderte von Stelle zu Stelle. Schließlich sank er so tief, daß er, wie es wenigstens für das Jahr 1895 feststeht, sich nur noch von Zechprellereien ernährte. Als er Ende dieses Jahres wegen der genannten Vergehen zum dritten Male unter Anklage stand, zeigte er plötzlich einen eigenartigen Erregungszustand, in dem er den Teppich seiner Zelle zerriß und angab, gestorben zu sein und schwarze Männer und Tiere zu sehen. Im Anschluß daran äußerte er allerlei unsinnige Beeinflussungs- und auch vereinzelte Größenideen und machte zahlreiche Eingaben an die verschiedensten Behörden. Er wurde für geisteskrank gehalten und in die Irrenanstalt verbracht, wo sich sein Zustand sehr rasch besserte. Hier führte er ein möglichst behagliches Dasein und ergab sich, sobald er eine Gelegenheit dazu fand, dem Trunke und ließ sich im Rausche zahlreiche Ungehörigkeiten zuschulden kommen. Und als man ihn schließlich wegen dauernder grober Verstöße gegen die Hausordnung entließ, wurde er unverschämt und brutal und verließ nur widerstrebend und unter Drohungen die Anstalt. Unter dem Zwange der Verhältnisse versuchte er es mit der Arbeit, doch ohne recht voranzukommen, und schon nach $^3/_4$ Jahren befand er sich (diesmal auf eigenes Verlangen) wieder in der Irrenanstalt, wo er die gleichen Beschwerden wie früher äußerte. Nur führte er seine Erkrankung jetzt bis in das Jahr 1894 zurück und gab an, daß er damals Anfälle von Bewußtlosigkeit gehabt habe. Auch diesmal verschwanden die Klagen über Belästigungen und Beeinflussungen sehr rasch, und aus dem anfänglich fügsamen Patienten wurde bald ein anspruchsvoller Mensch, der überall seinen Vorteil wahrnahm und sich dem Trunke ergab, wo er konnte. Krankhafte Symptome wurden nur geäußert, wenn die Entlassung drohte, oder wenn es galt, allzu starke Trinkexzesse damit zu entschuldigen. Und als er endlich im Jahre 1899 entlassen wurde, finden wir ihn schon wenige Monate später wieder in einer neuen Anstalt, wo sich die eben geschilderten Ereignisse mit fast photographischer Treue wiederholen. Und so ging es fort bis in die jüngste Zeit. Längere und kürzere Anstaltsaufenthalte wechselten mit freien Zwischenzeiten, in denen P. in den verschiedensten Berufen, bald als Schreiber, bald als Buchhalter, als Stenograph und als Photograph arbeitete, doch ohne es zu etwas Rechtem zu bringen. Ging es ihm ganz schlecht, so verübte er Zechprellereien, von denen wohl nur ein Teil den Gutachtern bekannt geworden ist. Wurde er dabei abgefaßt, so berief er sich auf die Beeinflussungen oder erwähnte wenigstens seine früheren Anstaltsaufenthalte. Man hegte dann Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit und setzte ihn regelmäßig außer Verfolgung, bis im Jahre 1905 die ihn behandelnden Anstaltsärzte zu der Überzeugung kamen, daß es sich um Simulation handele, worauf er eine kurze Gefängnisstrafe erhielt. Trotzdem finden wir ihn bald wieder als Gast einer Irrenanstalt, aus der er erst Juni 1906 entlassen wurde. Nach wenigen Monaten geregelter Tätigkeit trieb er sich wieder beschäftigungslos im Lande umher und beging im

August und September die beiden Zechprellereien, wegen deren er jetzt unter Anklage steht.

Sieht man von allen späteren Erscheinungen ab, die den Verdacht der Geisteskrankheit erweckten, und betrachtet allein das Leben des P. bis zum Jahre 1895, so ergibt sich, daß es sich bei ihm zweifellos um einen schwer degenerierten minderwertigen Menschen handeln muß. Bei guten Fähigkeiten und auch anfänglich befriedigenden Leistungen bringt er es doch zu nichts, da regelmäßig nach kurzer Zeit Interesse und Eifer erlahmen. Er beginnt zu trinken, vernachlässigt den Dienst vollständig, wird entlassen wandert von Stelle zu Stelle und nimmt schließlich zu Betrügereien seine Zuflucht. Auch in seinem späteren Leben tritt diese Unstätigkeit und die Unfähigkeit zu dauernder ernsthafter Beschäftigung bei guter Begabung und leichter Auffassung recht deutlich zutage. Mit Geschick und Gewandtheit arbeitete er sich in neue Berufe ein, wie Stenographie und Photographie, und brachte es darin in kurzer Zeit zu erheblicher Fertigkeit. Sowie er aber diese Dinge ernsthaft betreiben sollte, versagte er schon nach wenigen Wochen oder Monaten. So geht er z. B. im Sommer dieses Jahres ohne nachweisliche Veranlassung aus einer leidlich gesicherten Stellung plötzlich auf und davon und treibt sich beschäftigungslos im Lande umher. Wie so häufig schwache und willenlose Menschen, so verfällt auch er dem Trunke und wird dadurch immer unfähiger zu ernsthafter Arbeit. Und je tiefer er sinkt, desto mehr verliert er das Verständnis dafür, daß er es eigentlich zu gar nichts gebracht hat. Im Gegenteil, er zeigt ein anspruchvolles und im hohen Grade selbstbewußtes Wesen und macht immer allerlei höhere Pläne, wie Geschichtsstudien und die Verfertigung eines Dramas für die Anstaltsbühne zeigen. Mit dem Stolz auf seine immerhin anerkennenswerten Fertigkeiten verbindet sich vollkommene Einsichtslosigkeit dafür, daß er doch in den letzten Jahren gar nichts geleistet hat. Versucht man ihn hierauf hinzuweisen, so wird er gereizt und ausfallend, wie er überhaupt nach unseren und den früheren Beobachtungen sehr empfindlich ist und seinen Affekt in lauter und übertriebener Form zu äußern pflegt. Aber schon im nächsten Augenblicke ist er wieder kleinlaut und entschuldigt sich mit kriechender Höflichkeit wegen seines ungebührlichen Verhaltens. Gerade diese Verbindung von Willensschwäche mit unbegründeter Selbstüberschätzung, maßlosem Affekt und serviler Höflichkeit finden wir als typische Symptome bei degenerierten psychopathischen Persönlichkeiten, die wir als „Haltlose" zu bezeichnen pflegen. Auf körperlichem Gebiete tritt hierzu noch Farbenblindheit, ein angeborener Fehler, den wir nicht selten bei solchen Personen antreffen, und den man daher unter die sogenannten Degenerationszeichen rechnet. Ob und wie weit die gewöhnlich vorhandene erbliche Belastung auch in diesem Falle besteht, läßt sich nicht entscheiden, da wir in diesem Punkte nur auf die durchaus nicht zuverlässigen Angaben des P. selbst angewiesen sind.

Bei diesem Manne tritt nun während der Untersuchungshaft im Jahre 1895 ein eigentümlicher Erregungszustand auf, und daran anschließend werden zahlreiche unsinnige Beeinflussungs- und Größenideen geäußert, die P. noch heute in ganz ähnlicher Weise vorbringt, und auf die er seine Zechprellereien zurückführt. Er war auch wegen dieser Erscheinungen mehrfach in Irrenanstaltsbehandlung, und es wurde anfänglich allgemein angenommen, daß er geisteskrank sei. Erst in den letzten Jahren ist der Verdacht aufgetaucht, daß es sich bei ihm um Simulation handeln könne. Hauptsächlich hat dazu wohl beigetragen, daß der bisherige Verlauf durchaus nicht dem entsprach, was wir bei der Erkrankung zu sehen gewohnt sind, die man bei ihm vermutete, der Verrücktheit (der chronischen Paranoia). Bei diesen Kranken pflegt sich nämlich langsam ein dauerndes, unerschütterliches Wahnsystem zu entwickeln, das mit Notwendigkeit zu einer tiefgreifenden Umwandlung der gesamten Lebensanschauung, zu einer Verrückung des Standpunktes, welchen der Kranke gegenüber Personen und Ereignissen einnimmt, führen muß. Und gerade dieser letztere Punkt, auf den wir ein besonderes Gewicht legen müssen, ist bei P. nicht vorhanden. Statt Mißtrauen uud Zurückhaltung finden wir bei ihm kriechende Höflichkeit und das Bestreben, sich möglichst gut anzuschreiben. Wir sehen, daß er sich wie ein normaler Mensch benimmt und daß seine Handlungen nicht im geringsten in Beziehung stehen zu den von ihm geäußerten Beeinflussungsvorstellungen. Trotzdem er behauptet, fortwährend belästigt zu werden, zeigt er weder Mißtrauen oder gereizte Stimmung, im Gegenteil, er ist stets zuvorkommend, von einer süßlichen Freundlichkeit und läßt deutlich das Bestreben erkennen, sich möglichst gut anzuschreiben, wobei er es nicht an Unterwürfigkeit fehlen läßt. Ist er einmal in der neuen Umgebung warm geworden, so schlägt sein Verhalten in anmaßendes und freches Benehmen um, ja er wird mehrfach direkt brutal. Aber auch dann gedenkt er nicht, die Personen, die ihm entgegentreten, in sein Wahnsystem mit einzubeziehen oder ihr Verhalten irgendwie wahnhaft umzudeuten, wie wir das regelmäßig bei paranoisch Erkrankten finden. So wirft er den Anstaltsärzten, die ihn für einen Simulanten erklärt hatten, nur vor, daß sie ihn nicht in der kranken Zeit gesehen, oder daß sie ihn nicht ordentlich untersucht hätten, denkt aber nicht daran, einen Zusammenhang mit den Beeinflussungen herzustellen. Überhaupt beschäftigt er sich auffallend wenig mit seinen Verfolgungsideen, auch in Zeiten, wo er angeblich akut erkrankt war. Während der „echte Verrückte" nur daran denkt, wie er seinen Peinigern sich entziehen oder wie er mit allen Mitteln gegen sie vorgehen könne, und er daher alles mißtrauisch beobachtet, auch die harmlosesten Vorgänge auf sich bezieht und im Sinne seines Wahnes umdeutet, so finden wir bei dem P. eine volle Vertrauensseligkeit der Umgebung gegenüber und als einziges Ziel für seine Handlungen den nächstliegenden materiellen Vorteil, was durch zahlreiche Beobachter in den verschiedensten Anstalten einmütig

bestätigt wird. Um dies zu erreichen, bewirbt er sich in einer kriechenden und schmeichelnden Art um die Gunst der Ärzte, wie dies niemals ein Paranoiker tun würde. Dieser kommt den Ärzten vielmehr nur mit kühler Zurückhaltung und einem Gefühl der Überlegenheit entgegen, das in einen krankhaft gehobenen Selbstbewußtsein und Größenideen seinen Ursprung hat und in engem Zusammenhange mit den Verfolgungsideen steht und ein gemeinsames geschlossenes System bildet. Ganz anders hier. Neben serviler Höflichkeit und Schmeichelei finden sich Größenideen wie die Behauptung, eine bedeutende Erfindung gemacht und ein großes Vermögen in Aussicht zu haben, die aber in dem Handeln des P. sich in keiner Weise äußern und auch mit den Beeinflussungsideen nicht zu einem Systeme verknüpft werden. Wir sehen also einmal einen vollkommenen Mangel an einheitlicher Verknüpfung der „Wahnvorstellungen" untereinander und zweitens das Fehlen der Umbildung der Persönlichkeit im Sinne des Wahnes; es sind also gerade die Punkte, die wir als wesentl ch und charakteristisch für die Verrücktheit gefunden haben, nicht vorhanden. Hierzu kommt noch, daß der ganze Verlauf durchaus nicht dem der Verrücktheit entspricht. Diese pflegt nämlich ganz langsam und unmerklich sich zu entwickeln und stetig fortschreitend immer mehr an Ausdehnung zu gewinnen, bis sie schließlich die ganze Umgebung der Persönlichkeit umfaßt. Hier hingegen setzt die Erkrankung mit einer eigenartigen Erregung und zahlreichen Gesichtstäuschungen und der Vorstellung des Gestorbenseins ein, an die sich dann die Beeinflussungsvorstellungen anschließen. (Nach einer späteren Erzählung sollen dem einen Jahre vorher drei Anfälle von Bewußtseinsverlust vorausgegangen sein, die nach ihrer Schilderung Dämmerzuständen gleichen, wie sie bei Hysterie und Epilepsie beobachtet werden, die aber sicher mit der Verrücktheit nicht das Geringste zu tun haben. Außerdem erfahren wir nur durch nicht einwandfreie Angaben des P. davon, und zwar erst bei seinem zweiten Anstaltsaufenthalte, wo er jedenfalls schon Gelegenheit gehabt hatte, durch Beobachtung und durch Abschreiben von Krankengeschichten Symptome von Geisteskrankheiten kennen zu lernen.) Statt daß sich die Erkrankung nun langsam, aber stetig weiterentwickle, finden wir schon nach wenigen Monaten vollkommene Genesung, und das wiederholt sich im Laufe der Zeit immer wieder, und zwar treten die Krankheitserscheinungen merkwürdigerweise immer nur dann auf, wenn es dem P. gerade gelegen kam, und verschwinden wieder zu der günstigsten Zeit. Doch davon weiter unten mehr. Hier muß nur noch darauf hingewiesen werden, daß von einer allmählichen Ausdehnung des Wahnsystemes nicht die Rede sein kann, sondern daß die Vorstellungen in der gleichen Weise vorgebracht werden wie zu Anfang, ohne daß weitere Teile der Umgebung einbezogen würden. Als einziges Neue ist der Gedanke hinzugetreten, daß er als Medium, zur Beeinflussung anderer diene, der aber mit den übrigen Beeinflussungsideen nur in ganz loser Verknüpfung steht und auch nicht den Ideen entspricht, die wir für

gewöhnlich beim Paranoiker finden. Vielmehr erinnert diese Art der Weiterverarbeitung an das, was wir bei Personen mit reger Phantasie antreffen, nämlich, daß sie sich in eine gewisse Vorstellung vollkommen einleben und diese dann in jeder Weise ausbauen. Nach alledem scheint es ausgeschlossen, daß es sich bei dem P. um eine chronische Verrücktheit handeln könne, und es tritt nun die Frage heran, welche der andern Geisteskrankheiten vielleicht in Betracht kommen könnte. Da ist vor allem einer Erkrankung zu gedenken (die häufig mit dem gleichen Namen bezeichnet wird), der paranoischen Form der Dementia praecox. Diese kann plötzlich mit einem Erregungszustand beginnen und tut dies nicht selten gerade während der Strafhaft; auch pflegt bei ihr besonders in späteren Stadien sowohl die Einheitlichkeit des Wahnsystemes als auch die logische Verknüpfung zwischen den Wahnvorstellungen und den Handlungen des Kranken zu fehlen, alles Dinge, die mit den hier gemachten Beobachtungen übereinstimmen. Demgegenüber muß aber gesagt werden, daß diese Krankheit schon nach wenigen Jahren zu einem ihr eigentümlichen Schwachsinn zu führen pflegt, der sich besonders auf gemütlichem Gebiete äußert und verbunden ist mit eigentümlich steifem und gebundenem Wesen sowie zahlreichen Störungen der Ausdrucksbewegungen, was alles bei dem P. nicht angetroffen wird. Abgesehen davon wäre der schleppende Verlauf mit zahlreichen als Heilungen erscheinenden Besserungen durchaus ungewöhnlich und ließe sich nur schwer mit dieser Diagnose vereinen. Es gibt aber noch eine andere Geisteskrankheit, bei der wir den geschilderten Verlauf finden, und die hier in Betracht kommen könnte, das ist die Halluzinose der Trinker, eine Vermutung, die auch tatsächlich schon von anderer Seite ausgesprochen worden ist. Daß P. ein schwerer Trinker gewesen ist, läßt sich an Hand der Akten mit Sicherheit feststellen, und zwar schon lange vor Beginn der ersten angeblichen geistigen Störung, wie man das auch für diesen Fall erwarten müßte. Der plötzliche Anfang ist bei dieser Erkrankung nichts Ungewöhnliches, doch paßt die damals vorhandene Erregung und die Vorstellung des Gestorbenseins durchaus nicht in das Krankheitsbild, wenn auch zugegeben werden muß, daß die vorgebrachten Gesichtstäuschungen in dieser Form bei alkoholischer Geistesstörung vorkommen können. Viel mehr fällt aber in das Gewicht, daß wir gerade das Charakteristische dieser Krankheit vermissen, nämlich zahlreiche äußerst lebhafte Gehörstäuschungen, die meist den Verfolgungscharakter tragen und den Patienten in lebhafte Angst versetzen, so daß es zu Selbstmordversuchen, zu Selbstanzeigen und ähnlichem kommt. Also auch bei dieser Erkrankung ist ein lebhafter Affekt vorhanden und eine vollkommen natürliche Reaktion, die — wie auseinandergesetzt — bei dem P. vollkommen fehlte. Dieses Verhalten des Affektes würde sich nur mit einem erheblichen Grade von Demenz vertragen, die bei längerer Dauer oder öfterer Wiederholung einzutreten pflegt, also hier erwartet werden dürfte.

Daß aber von einer geistigen Schwäche zurzeit bei P. nicht die Rede sein kann, das hat die Vorgeschichte sowohl wie die hiesige Beobachtung mit Sicherheit erwiesen.

Nach Ablehnung dieses Krankheitsbildes bleibt nur noch die Hysterie übrig, an die man eventuell denken könnte, und zwar könnte man vermuten, es habe sich dabei um Dämmerzustände gehandelt, wie sie ja nicht selten gerade bei Strafgefangenen beobachtet werden. Auch der atypische Verlauf und das scheinbar Absichtliche spräche nicht ohne weiteres dagegen. Aber unter allen Umständen müssen wir dann verlangen, daß eine Bewußtseinstrübung vorhanden war. Für den Beginn der Erscheinungen im Jahre 1895, und zwar für die Erregung, ist dies nicht unwahrscheinlich, und es ist immerhin möglich, daß damals ein solcher Zustand vorgelegen hat. Auch die damals vorhandenen Gesichtstäuschungen passen nicht schlecht zu dieser Annahme, doch läßt sich bei der ungenauen Schilderung, die uns heute zur Verfügung steht, eine sichere Entscheidung nicht treffen. Für die spätere Zeit muß diese Annahme aber unter allen Umständen abgelehnt werden, da hier sicher keine Bewußtseinstrübung bestand. P. war, wie auch bei der jetzigen Beobachtung, dauernd klar und besonnen, zeigte ganz normales Verhalten und hatte auch stets eine ausgezeichnete Erinnerung an alle Einzelheiten seiner Anstaltsaufenthalte Daß letzteres bei einzelnen Delikten nicht der Fall war, läßt sich bei dem Bestreben von P., geisteskrank zu erscheinen, nicht ohne weiteres im Sinne einer Bewußtseinstrübung verwerten.

Wir sehen also, daß keine der bekannten Krankheitsbilder für die von dem P. gebotenen Erscheinungen passen will, und es drängt sich daher unwillkürlich die Frage auf, ob es sich nicht um Simulation bei ihm gehandelt haben könne. Der ganze bisherige Verlauf spricht zweifellos dafür und erweckt für viele Episoden den Eindruck eines wohlüberlegten Planes. Denn nur dann äußern sich die Krankheitserscheinungen, wenn es für den P. von Vorteil ist, und verschwinden sogleich, wenn sie überflüssig werden, um im zweckmäßigen Augenblicke wieder aufzutauchen. So finden wir sie zum ersten Male im Jahre 1895 im Oktober im Untersuchungsgefängnis, und tatsächlich wurde auch P. für unzurechnungsfähig erklärt und kam in die Irrenanstalt. Nach Erreichung des Zieles wurde es sofort viel besser, und sehr bald verschwanden die Krankheitserscheinungen vollkommen, so daß P. sich schon nach wenigen Monaten selbst für gesund erklärte und wie es heißt volle „Krankheitseinsicht" zeigte, wodurch er erreichte, daß man ihm freie Hand ließ. Nun genoß er sein Leben in vollen Zügen und suchte seine Entlassung zu hintertreiben, indem er unsinnige Ansprüche an eine eventuelle Stelle außerhalb der Anstalt machte, und wurde unverschämt, als man ihn schließlich gegen seinen Willen an die Luft setzte. Ein Versuch sich draußen zu halten schlug fehl, und da es ihm recht schlecht ging, traten schon nach wenigen Monaten die „Erscheinungen" wieder auf und er veranlaßte — von sich

aus — seine Wiederaufnahme in eine Irrenanstalt. Bei dieser Gelegenheit wurde der Beginn der Erkrankung auf einmal in das Jahr 1894 zurückverlegt und von ganz eigenartigen Anfällen von Bewußtseinsverlust berichtet und das jetzt, nachdem P. schon einen Anstaltsaufenthalt hinter sich hatte, wobei er zweifellos Gelegenheit hatte, sowohl durch eigene Anschauung als beim Abschreiben von Krankengeschichten Symptome von Geisteskrankheit kennen zu lernen. Auch hier wiederholte sich das Gleiche. Die Krankheitserscheinungen verschwanden bald, und als P. sich draußen einen schweren Alkoholexzeß zuschulden kommen ließ, wußte er wieder davon zu berichten und sein Verhalten damit zu entschuldigen. Auch sonst bekam er Zustände von Unwohlsein nur dann, wenn er Arbeiten für die Allgemeinheit zugesagt hatte, während er in seinem eigenen Interesse sich gern beschäftigte und sich dann auch immer wohlbefand. Und so ging es in der gleichen Weise weiter bis in die jüngste Zeit. Um dies im einzelnen anzuführen, müßte die ganze Vorgeschichte noch einmal wiederholt werden, ohne daß wir wesentlich Neues zeigen könnten. Wir begnügen uns daher auf diese zu verweisen und wollen nur noch als wichtig hervorheben, daß einstimmig alle Anstaltsärzte angeben, P. habe es ausgezeichnet verstanden, sich in den Anstalten ein angenehmes Leben zu verschaffen. „Er zeigte, wie es heißt, im Petitionieren um Vergünstigungen eine große Routine" und erlangte so mehrfach ein gutes Zimmer für sich allein, das er in jeder Weise auszuschmücken bestrebt war. Beim Essen suchte er sich das Beste anzueignen, machte sich an schwachsinnige Kranke heran und verstand es, diese in seinem Interesse auszubeuten. Er rauchte, spielte und trank, beschäftigte sich aber, so wie er sich einmal sicher fühlte, nur noch dann, wenn er dabei einen pekuniären Vorteil hatte. Die Nebeneinnahmen, die er sich so verschaffte, benutzte er zu Alkoholexzessen. Auch unterhielt er in der Umgebung der Anstalt ein Verhältnis. Fast regelmäßig erfolgte die Entlassung gegen seinen Willen, wobei es dann zu recht brutalem Auftreten von seiner Seite kam. Bei einer solchen Gelegenheit hatte er auch einmal ein Komplott mit dem Pfleger veranlaßt und mehrere der Pfleger durch Versprechungen zum Austritt bewogen. Auch hat er gelegentlich nach seiner Entlassung bei Angehörigen von Kranken Bettelversuche gemacht. Spricht schon dieses ganze Benehmen mit Sicherheit für Simulation, so wird durch sein Verhalten den Beeinflussungsideen gegenüber der unumstößliche Beweis hierfür erbracht. Bei einem wirklich Geisteskranken, der an solchen Beeinflussungen leidet, sind es diese tatsächlichen Erlebnisse, die für ihn im Vordergrunde des Interesses stehen und sein ganzes Sinnen und Trachten beherrschen und sein Handeln lenken. Er wird daher, weil er sich verfolgt glaubt, mißtrauischer und gereizter Stimmung sein und sich gegen die Verfolgungen zu schützen oder an den Angreifern zu rächen suchen. Dem entspricht aber durchaus nicht das Verhalten des P., der auch in den Zeiten, in denen er angeblich am meisten

belästigt wurde, ruhiger und heiterer Stimmung war und als einzige Richtschnur für sein Handeln nur das zu nehmen schien, was ihm augenblicklich den größten materiellen Vorteil versprach. Daß er mehrfach umfangreiche Schriftstücke verfaßte, in denen er ein Vorgehen gegen seine Verfolger durch gesetzliche Maßnahmen verlangte, läßt sich nicht als Gegenbeweis gegen unsere Auffassung verwerten, da P. auch, während er diese Eingaben verfertigte, in seinem übrigen Benehmen durchaus den seinen Verfolgungsideen entsprechenden Affekt vermissen ließ. Vielmehr läßt sich dieses Verhalten sehr gut im Sinne einer Simulation deuten, da dies der sicherste Weg für ihn war, seine Krankheitserscheinungen recht zur Geltung zu bringen. Und tatsächlich erfolgen seine Eingaben auch nur dann, wenn es Wert für ihn hat, für geisteskrank gehalten zu werden. Damit steht auch m Einklange, daß er, wie jetzt bei uns, so auch bei früheren Anstaltsaufenthalten, falls es nützlich schien, stets das Bestreben zeigte, seine Krankheitserscheinungen möglichst zur Kenntnis der Ärzte zu bringen und bei jeder Gelegenheit die Aufmerksamkeit darauf zu lenken. Dahin gehört auch die Geschicklichkeit, mit der er bei jeder Verhaftung, auch meist bei Krankenhausaufnahmen, seine Irrenanstaltsaufenthalte auszuspielen wußte. Ja er entschuldigt direkt die Zechprellereien mit seinen Beeinflussungen, indem er sich als unter fremdem Einflusse stehend für nicht zurechnungsfähig erklärt, obschon er stets die Behauptung aufrechterhält, nicht geisteskrank zu sein, es nur für seinen ersten Anstaltsaufenthalt unter Einschränkung zugibt. Und dabei hat er immer wieder mit allen Mitteln seine Aufnahme in den Anstalten zu erreichen gesucht, einmal sogar, indem er mit Selbsthilfe drohte, also anscheinend den Eindruck der Gemeingefährlichkeit erwecken wollte. Daß er zu solchen Dingen die nö igen Kenntnisse besaß, das zeigt ein Brief den er im Interesse seiner Aufnahme an einen Anstaltsarzt geschrieben und in dem er sich bis in das kleinste in den Bestimmungen der Anstalt bewandert erweist. Auch auf medizinischem Gebiete hat er sich im Laufe der Jahre eine Unzahl von Fachausdrücken angeeignet, die er geschickt verwendet, und mit Hilfe deren er mehrfach seine Krankheit geschildert hat. Aber abgesehen von den technischen Ausdrücken verfährt er dabei ganz so, wie Laien sich Geisteskrankheiten vorzustellen pflegen, und nimmt auch in dem an seinen Bruder gerichteten Briefe, wo er noch unter Beeinflussungen zu leiden vorgibt, eine so über der Krankheit stehende Stellung ein, wie sie bei einem wirklich Geisteskranken unmöglich wäre. Unserer Auffassung entsprechen gleichfalls die Beeinflussungsideen, die in ihrer Unbestimmtheit und Einfachheit auch ohne allzu viel Phantasie sich leicht aufbringen ließen, und die in ihrer ganzen Art genau dem gleichen, was Laien sich im allgemeinen unter Verfolgungswahn vorzustellen pflegen. Zu diesem konstantesten und Hauptsymptome treten noch verschiedene andere Erscheinungen hinzu, wie die Anfälle von Bewußtseinsverlust, die Platzangst, die Gesichtstäuschun-

gen, der Erregungszustand, das Elektrisiertwerden usf., die im einzelnen ganz so geschildert werden, wie man sie auch bei wirklich Geisteskranken antrifft, die aber in dem von ihm angegebenen Zusammenhange niemals gefunden werden. Seine langen Anstaltsaufenthalte werden ihm Gelegenheit gegeben haben, diese Dinge in Wirklichkeit zu studieren, zumal auch einzelnes erst allmählich im Lauf der Jahre in seinen Äußerungen auftritt. Besonders charakteristisch in dieser Hinsicht ist seine Angabe bei der hiesigen Untersuchung, daß bei ihm die Kniesehnenreflexe fehlten, ein Symptom, das bei gewissen Geisteskrankheiten regelmäßig auftritt, das aber niemals im Verein mit den von ihm vorgebrachten Erscheinungen angetroffen wird. Tatsächlich machte er auch den Versuch, durch Anspannen der Beinmuskulatur dieses Symptom vorzutäuschen, und als es durch Ablenken der Aufmerksamkeit doch gelang, die Reflexe auszulösen, tat er sehr erfreut und begrüßte dies als Zeichen einer beginnenden Genesung, obwohl er sonst von einer Erkrankung gar nichts wissen wollte, sondern nur von Beeinflussungen sprach. Wenn also ein Teil der angegebenen Erscheinungen sicherlich nicht auf Wahrheit beruht, so ist es doch bei einem Teil derselben nicht unmöglich, daß sie sich auf wirkliche Erlebnisse gründen. So haben wir oben die Möglichkeit zugeben müssen, daß es sich bei dem erwähnten Erregungszustand um ein hysterisches Delirium gehandelt haben könnte Weiterhin ist es nicht ausgeschlossen, daß z. B. die Gesichtstäuschungen gelegentliche wirkliche Erlebnisse sind, die er später geschickt wieder zu verwenden wußte; denn bei so schweren Trinkern, wie P. einer ist, werden vereinzelte Sinnestäuschungen nicht allzuselten beobachtet. Kommen wir somit zu der Ansicht, daß es sich bei dem P. nicht um einen geisteskranken Menschen handelt, so ist immerhin die Tatsache auffällig, daß er immer wieder aus freien Stücken die Irrenanstalt aufsuchte, ja alle möglichen Kräfte anwandte, nur um in die Anstalten hineinzukommen, und daß er sich nur mit Mühe wieder daraus vertreiben ließ. Aber wenn auch im allgemeinen die Erfahrung zu recht besteht, daß, wer selbst in die Irrenanstalt verlangt, auch hinein gehört, so liegt hier die Sache insofern anders, als P. vollkommen unfähig war, sich draußen eine erträgliche Existenz zu schaffen, und sich nur kümmerlich am Leben erhielt, auch mehrfach ins Gefängnis gewandert wäre, hätte man ihn für zurechnungsfähig gehalten. In der Irrenanstalt dagegen hatte er ein bequemes Leben mit allen Annehmlichkeiten, ohne sich dafür irgendwie bemühen zu müssen. Unter diesen Umständen ist es wohl verständlich, daß ihm die geringen Freiheitsbeschränkungen der Anstalt als das kleinere Übel erschienen, zumal er es stets verstand, sich auch hier möglichst viel Freiheit zu sichern.

Fassen wir das bisher Gesagte zusammen, so kommen wir zu dem Schlusse, daß es sich bei den von P. geäußerten Beeinflussungsvorstellungen nicht um eine Geisteskrankheit gehandelt haben kann, sondern daß Simulation vorliegt. Noch ein Punkt bedarf aber der Aufklärung,

nämlich, ob sich P. nicht bei der Ausführung seiner Vergehen unter der Einwirkung des Alkohols befunden habe. Er hat früher einmal angegeben, daß er nur einfache Gasthäuser aufsuche, in denen er mit seiner Barschaft auskomme, daß er aber unter dem Einfluß des getrunkenen Alkoholes so weiter zeche, daß er am nächsten Tage zur Bezahlung seiner Schulden unfähig sei. Für das zweite Delikt in H. fällt diese Auffassung sogleich hinweg, da sich P. damals 8 Tage lang im Bette liegend verpflegen ließ und während dieser Zeit nur in sehr mäßigen Mengen Alkohol zu sich nahm. Sein ganzes Verhalten dort erscheint überhaupt so merkwürdig, daß der Verdacht nicht von der Hand zu weisen ist, daß er damit nur beabsichtigte, den Eindruck des Krankhaften zu erwecken und die Einweisung in eine Irrenanstalt zu erreichen, zumal er schon wegen des Vergehens in B. gerichtlich verfolgt wurde. Für diesen letzteren Fall wäre an und für sich die Annahme diskutabel, daß er nur unter Alkoholeinwirkung zu der strafbaren Handlung gekommen sei. Dagegen spricht vor allem, daß P. sich das gleiche Delikt schon so häufig hat zuschulden kommen lassen und zwar zweifellos nicht nur in betrunkenem Zustande, ja daß er in früheren Jahren einmal längere Zeit nur davon gelebt hatte. Irgendwelche Anzeichen, daß es sich damals um einen pathologischen Rausch gehandelt hätte, sind nicht vorhanden. Auch bei den übrigen Schilderungen von Rauschzuständen des P., die uns in den Anstaltsjournalen reichlich zur Verfügung stehen, findet sich nichts, was sich mit Sicherheit in diesem Sinne deuten ließe, wenn auch zugegeben werden muß, daß er mehrfach im Rauschzustande Exzesse beging. Eine besondere Intoleranz gegenüber dem Alkohol ist aber bei den ungeheueren Mengen, die er häufig getrunken hat, sicher nicht vorhanden.

Nach Berücksichtigung der angeführten Tatsachen kommen wir zu dem Gutachten, daß es sich bei dem P. zwar um einen degenerierten und minderwertigen Menschen handelt, daß er sich aber bei den ihm zur Last gelegten Delikten im August und September dieses Jahres n i c h t in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden hat, durch welchen die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war. Wir befinden uns damit ganz im Einklange mit der Auffassung, die die Direktionen der Anstalten G. und K. auf Grund längerer Beobachtung gewonnen haben.

P. wurde am 16. Januar 1907 vom Schöffengericht H. zu einer Gefängnisstrafe von 3 Monaten — abzüglich der Untersuchungshaft von 2 Monaten — verurteilt. Er büßte seine Strafe in R. vom 18. Januar bis 16. Februar ab. Aus den Akten ist zu ersehen, daß er sich dort geordnet verhielt und am 16. Februar 1907 entlassen wurde. Was seither aus ihm geworden ist, entzieht sich unserer Kenntnis.

Die oben mitgeteilten zwei Fälle beweisen wohl mit genügender Klarheit das Vorkommen bewußter und raffinierter Simulation zum

Zweck, sich einen Vorteil zu erringen. Beidemal handelt es sich um nicht geisteskranke, aber degenerierte Personen, denen der Gedanke, eine Psychose zu simulieren, teils durch ihre Lebensschicksale (Fall P.), teils durch zufällige Einflüsse nahegelegt wurde.

Im Falle G. sehen wir den jugendlichen Verbrecher den Plan zur Simulation geistiger Störung zu einer Zeit fassen, als er in der harten Strafhaft zufällig erfährt, daß man die Einrichtung des milderen Strafvollzugs für psychisch abnorme Verbrecher schaffe. Die Art, wie er bei seinen Täuschungsversuchen vorging, entspringt den Laienmeinungen über das Gebahren Geisteskranker, anschaulich schildert er selbst, wie er zur Simulation des Verfolgungs- und Größenwahns kam; die Lebhaftigkeit seiner Phantasieprodukte hat ihre hauptsächlichste Ursache in der angeborenen Neigung und Begabung des degenerierten Burschen zum Schwindel und Betrug, in der „Labilität seines Persönlichkeitsbewußtseins", wenn man diesen Ausdruck auch hier an der Grenze des Normalen anwenden will. Vielleicht mag auch er manchmal vorübergehend selbst nicht mehr gewußt haben, was bei seinen romanhaften Schilderungen Wahrheit und Dichtung ist; trotzdem wäre es verfehlt, wollte man hier von hysterischer oder degenerativer Psychose reden. Lag doch dem ganzen Vorgehen ein wohlüberlegter, nie aus dem Auge verlorener Zweck zugrunde, den er ja auch völlig erreicht hat.

Fall P. ist deshalb von besonderem Interesse, weil wir den Versuch eines intellektuellen Menschen vor uns haben, seine in Irrenanstalten und auch bei vorübergehender eigener alkoholischer Psychose gewonnenen Erfahrungen und Kenntnisse für die Simulation zu verwerten. So brachte er ein Krankheitsbild zusammen, das mit der Paranoia eine gewisse, wenn auch freilich nur entfernte Ähnlichkeit hatte, und das auch bei einzelnen Psychiatern Annahme fand. Die Motive seines Handelns sind ganz verschiedener Art: einmal die Absicht, sich, wenn er bei seinen Zechprellereien ertappt war, Straffreiheit zu verschaffen, ferner aber — und hier kommt die degenerative Persönlichkeit deutlich zutage — der Plan, sich in der Irrenanstalt ein behagliches Leben ohne Arbeit zu verschaffen. Seine Arbeitsscheu war stärker als die natürliche Scheu des gesunden Menschen vor der Versorgung in der Irrenanstalt. Freilich verstand er es meisterhaft, sich seinen Aufenthalt in der Anstalt allmählich so zu gestalten, daß

ihm an Bequemlichkeit nichts abging, ja daß er selbst Wein und Weib nicht zu entbehren brauchte. Es ist nicht ohne Humor, zu sehen, wie die Humanität unseres modernen Irrenanstaltswesens es dahin bringt, daß der arbeitsscheue Alkoholist, selbst wenn er nicht der niedersten Schicht der schwachsinnigen Vagabunden angehört, in der Irrenanstalt den behaglichsten Ort erblickt, um seine Tage in Muße und Vergnüglichkeit zu verbringen. Ungewollte Wirkungen, die unserem Anstaltswesen aber vielleicht trotzdem zur Ehre gereichen!

## Literaturverzeichnis.


1. *Bonhöffer, K.*, Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Halle a. S., Verlag von K. Marhold, 1907.
2. *Bresler, J.*, Die Simulation von Geistesstörung und Epilepsie, Halle a. S., Verlag von K. Marhold, 1904.
3. *Cramer, R.*, Gerichtliche Psychiatrie. Jena, Verlag von G. Fischer, 1903.
4. *Delbrück, A.*, Die pathologische Lüge und die psychisch abnormen Schwindler.
5. *Hoche, A.*, Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. Berlin, Verlag von Aug. Hirschwald, 1901.
6. *Kraepelin, E.*, Psychiatrie Band I, Leipzig, Verlag von J. Ambr. Barth, 1903.
7. *von Krafft-Ebing, R.*, Gerichtliche Psychopathologie, Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke, 1900.
8. *Penta, P.*, Die Simulation von Geisteskrankheit, Würzburg, A. Stubers Verlag, 1906.
9. *Raimann, E.*, Simulation von Geistesstörung, Wien, Verlag von M. Perles, 1907.
10. *Seifert, E.*, Die Geistesstörungen der Strafhaft. Halle a. S., Verlag v. K. Marhold, 1907.
11. *Sommer, R.*, Kriminalpsychologie. Leipzig, Verlag von J. Ambr. Barth 1904.

# Einteilung der Homosexuellen.

Von

Medizinalrat Dr. **P. Näcke** in Hubertusburg.

---

Schon seit Jahren beschäftige ich mich auch mit Sexualpsycho- und -pathologie, da beide vielfache Beziehungen zur Irrenheilkunde haben. Eine lange Reihe hierher gehöriger größerer oder kleinerer Arbeiten ward von mir bereits veröffentlicht. So im Jahre 1899 eine große Studie über „die sexuellen Perversitäten in der Irrenanstalt“, die größte darauf bezügliche statistisch-kritische Arbeit; und später die über „Probleme auf dem Gebiete der Homosexualität“ [2]).

Gerade die Irrenanstalt bietet für sexualpathologische Untersuchungen ein reiches Feld, das leider noch wenig bebaut ist. Den wenigsten ist ja noch die ungeheure Rolle des Sexuellen schon im gewöhnlichen Leben in Fleisch und Blut übergegangen. Über seine Bedeutung als Shoc für Nerven- und Geisteskrankheiten ist man erst seit nicht allzu langer Zeit klarer geworden. Seine große Rolle in der Ätiologie von Hysterie, Zwangsneurosen usw. schilderte zuerst *Freud*, wenn er sie sicher auch überschätzte. Neuerdings wurde sie für die Dementia praecox, gewisse Fälle von manisch-depressiven Irresein (*O. Gross*) und das sogenannte nuptiale Irresein in Anspruch genommen, früher schon bei verschiedenen Psychosen, ganz abgesehen von den Fällen, wo bestimmte Phasen des Geschlechtslebens, wie Menstruation, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Laktation, Klimakterium, bei Männern Pubertät und Senium, Ausgangspunkte für Irresein abgeben. Durch das Intermedium der Syphilis usw. kann bekanntlich das Sexuelle gleichfalls wirken.

---

[1]) Wiener klin. Rundschau Nr. 27—30. 1899.

[2]) Diese Zeitschrift Bd. 59 (1902) S. 805 f.

Aber auch da, wo es nicht direkt oder indirekt in die Ätiologie mit eingreift, hört bei Psychosen sein Einfluß noch nicht auf. Es färbt dieselben oft eigentümlich, veranlaßt Erregungen usw. Man hat endlich alle möglichen sexuellen Abweichungen bei Geisteskranken gefunden, die zum großen Teile bei ihnen vorher n i c h t bestanden und sicher ihre psychologische Begründung haben, die auf ähnliche Anomalien bei sogenannten Normalen ein aufklärendes Licht werfen können. So habe ich denn mein Material zu verschiedenen derartigen Untersuchungen benutzt[1]) und glaube dabei manches Interessante gefunden zu haben, das auch für die Sexualpsychologie von Wert sein könnte. Immer mehr nämlich hat man einsehen gelernt, daß gerade die Pathologie uns die Erklärung gewisser psychologischer Tatsachen des gesunden Lebens näher bringen kann als die Betrachtung des normalen Ablaufs selbst. Es ist ein besonderes Verdienst von *Stoerring*[2]), diese Wichtigkeit der Pathologie für die Psychologie mit Nachdruck und Glück neuerdings wieder hervorgehoben zu haben.

Besonders gern — und meine meisten Studien des sexuellen Lebens drehen sich darum — habe ich die Homosexualität untersucht, die merkwürdigerweise in den deutschen Irrenanstalten außerordentlich selten auftritt, so auch in Hubertusburg. Das bestärkt mich einigermaßen in der Ansicht, daß die Inversion in den unteren Volksschichten, denen doch die meisten unserer Kranken angehören, viel seltener ist als in den mittleren und oberen Schichten, obgleich es Autoren gibt, die das bestreiten.

An dieser Stelle möchte ich nun eine Frage behandeln, die noch sehr strittig ist und eins der vielen Probleme der Homosexualität bildet. Ich meine nämlich die Frage nach der Einteilung der Urninge. Es sei mir gestattet, als Einleitung einige allgemeine Sätze vorauszuschicken, damit das Thema nicht ganz in der Luft zu schweben scheint. Hierbei ist es freilich nicht ganz zu umgehen, daß ich des

---

[1]) *Näcke*, Der Kuß bei Geisteskranken. Diese Zeitschrift Bd. 63 (1906); Einige psychologisch dunkle Fälle von geschlechtlichen Verirrungen in der Irrenanstalt. Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen. V. Jahrg. (1903) Bd. 1; Einige psychiatrische Erfahrungen als Stütze für die Lehre von der bisexuellen Anlage des Menschen. Ibidem, VIII. Jahrg. (1906) S. 583.

[2]) *Stoerring*, Vorlesungen über Psychopathologie usw. Leipzig 1900.

Zusammenhanges halber manches einfach wiederhole, was ich schon einmal in dieser Zeitschrift (Bd. 59, S. 805 f.) sagte. In einigen anderen Punkten bin ich jetzt, nach fünf Jahren, etwas anderer Ansicht geworden, was gleichfalls das Zurückkommen auf früher Gesagtes nötig macht.

Jedes Zeitalter hat seine Lieblings-, seine Modethemen. So wird jetzt seit etwa zwei Dezennien, und zwar in immer größerem Umfange, das Kapitel der gleichgeschlechtlichen Liebe, der Homosexualität, des Uranismus oder des konträren Sexualgefühls in wissenschaftlichen und noch mehr in populären Darstellungen abgehandelt. Jeder, der nur einmal einen Urning sah, glaubt sich berufen, in dieser schwierigen Materie mitzusprechen, und doch sind der wirklichen Kenner der Homosexualität in Deutschland auffallend wenige, kaum vielleicht ein Dutzend![1]) Mitreden kann ja hier wie in jeder wissenschaftlichen Disziplin nur derjenige, der erstens eine große persönliche Erfahrung gewonnen hat und zweitens die darüber bestehende Literatur möglichst vollständig kennt. Gerade diese zwei Bedingungen fehlen jedoch den meisten Schriftstellern über das Urningtum! Hier kommt aber bezüglich der ersten Bedingung noch eine ganz besondere Erschwernis hinzu. Eine Reihe von Ärzten, besonders aber von Nervenärzten, viel seltener Irrenärzten, sehen in der Sprechstunde Homosexuelle, die hier Hilfe suchen. Ebenso kommen den Gerichtsärzten in ihrer forensen Praxis Urninge bisweilen vor. Auch der eine oder andere Irrenarzt wird wohl einmal zu einem Gutachten in einem Prozesse wegen des § 175 veranlaßt. Deshalb sind diese Ärzte aber noch lange nicht befugt, ex cathedra über die gleichgeschlechtliche Liebe als solche zu sprechen und zu schreiben, wie es leider so oft geschieht. Sie haben vor sich eben meist nur die pathologischen Individuen gehabt, nicht die Hauptmasse der Invertierten, die den Arzt nicht oder wenigstens nicht häufiger aufsuchen als die Hetero-

[1]) In den übrigen Ländern sieht es mit den echten Sachkennern noch viel trauriger aus. In romanischen Ländern ist niemand, außer Dr. *Laupts* und *Raffalovich* in Frankreich (letzterer jetzt in Schottland), in England Dr. *Havelock Ellis*, in Holland *Aletrino* und *von Roemer*. In Amerika und Rußland ist kaum ein wirklicher Kenner vorhanden, in ersterem Lande vielleicht am ehesten noch *Kiernan*.

sexuellen. Kein Arzt wird wohl so töricht sein, eine Anthropologie auf Grund der ihn konsultierenden abnormen oder kranken Personen schreiben zu wollen, und ein Gleiches hat auch von der Homosexualität zu gelten. Selbst der wissenschaftliche Begründer der Sexualpathologie, *v. Krafft-Ebing*, hat wahrscheinlich fast nur pathologische Urninge in seiner Sprechstunde gesehen; daher war er zum Teil anfangs zu verkehrten Ansichten gelangt, die er aber zuletzt meist korrigierte, offenbar, weil er nun auch Urninge außerhalb seines Sprechzimmers gesehen hatte.

Für uns gelten also nur die Meinungen und Ergebnisse der wenigen Sachkenner, die es zurzeit gibt, Ergebnisse, die freilich den Ansichten der großen Masse vielfach widersprechen. Ich selbst brauche mich hierbei auch durchaus nicht nur auf jene Autoren zu berufen, da ich, wenn auch nur flüchtig, Hunderte von Urningen draußen sah [1]) und einige später näher kennen lernte. Die jetzt mehr oder weniger feststehenden Sätze sind nun folgende.

Die Homosexualität hat zu allen Zeiten und überall bestanden und wird sehr wahrscheinlich auch stets bestehen. Bei Tieren ist sie mit Sicherheit nicht nachgewiesen, immerhin aber möglich. Die Häufigkeit ist sehr schwer feststellbar und offenbar nach Rassen, Zeiten, Orten, Berufen usw. verschieden. Nach *Hirschfelds* — des zurzeit besten Kenners dieser Abnormität — Ergebnissen scheint sie in viel höherem Maße zu existieren als man bisher glaubte. Für Berlin fand er das Verhältnis von etwa 1 bis 2 % Homosexueller, einschließlich der Bisexuellen, die die Hauptmasse bilden. Sie ist kein Laster, sondern vielleicht sogar eine normale und seltenere Abart der Libido, sehr wahrscheinlich an sich aber nicht pathologisch, wie denn bis jetzt im allgemeinen nicht mehr Entartete aller Art und nicht mehr Degenerationszeichen unter ihnen gefunden wurden als bei den Heterosexuellen. Höchstens ist sie eine Abnormität und kaum ein Stigma zu nennen. Auch die eigentliche Vererbung scheint eine sehr geringe zu sein (nur *v. Römer* gibt gegenteilige Ergebnisse an). Erbliche Belastung ist dagegen vielleicht eine größere als sonst. Sie ist scheinbar stets angeboren und erscheint nicht selten ziemlich früh, doch gibt es auch

[1]) *Näcke*, Ein Besuch bei den Homosexuellen in Berlin. Archiv für Kriminalanthropologie usw. Bd. 15 (1907).

tardive Fälle, wie *v. Krafft-Ebing* sie zuerst aufstellte, die aber nicht erworben sind, sondern mindestens eine angeborene Veranlagung voraussetzen. Verführung und Onanie haben, sehr wahrscheinlich wenigstens, nie einen Urning erzeugt; es gehört dazu stets eine angeborene Disposition. Der Ursprung ist dunkel [1]), doch spielt hierbei jedenfalls die sicher bestehende anatomische und psychische bisexuelle Anlage des Menschen eine Hauptrolle [2]). Es gibt sehr verschiedene Grade der Inversion. Wo dieselbe sehr früh auftritt, dürfte jede Therapie hoffnungslos sein, und bleibende Resultate sind hier bis jetzt noch nicht sicher nachgewiesen worden. Anders bei der später auftretenden Form, bei schwächerer Ausprägung und bei Bestehen von Bisexualität, d. h. also Bestehen von Homo- und Heterosexualität in einer und derselben Person.

Diese wenigen Sätze mögen hier genügen. Schon oben wurde gesagt, daß man viel von „erworbenen" Fällen von Homosexualität sprach, andererseits aber von „echten", die den vorübergehenden gleichgeschlechtlichen Praktiken oft entgegengesetzt werden. Von diesen Fällen von „Pseudo-Homosexualität" wären noch gewisse Arten von mutueller Onanie abzutrennen. Vor allem gilt es aber erst die richtige Definition von Homosexualität zu geben. Hierbezüglich sagte ich in meiner angeführten Arbeit im VIII. Jahrgange des Jahrbuchs für sexuelle Zwischenstufen, S. 601, folgendes: „.... jede Empfindung, die beim Anblick oder Berühren einer gleichgeschlechtlichen Person sexuell gefärbt auftritt, mag sie nun zu irgendwelchen geschlechtlichen Betätigungen führen oder nicht, (ist) eine homosexuelle [3]), auch wenn sie nur

[1]) Siehe hierüber außer bei *Iwan Bloch* (das Sexualleben unserer Zeit, 1908, 4.—6. Aufl.) auch meine große Arbeit: Über Kontrastträume und speziell sexuelle Kontrastträume, Archiv für Kriminalanthropologie usw. Bd. 28, S. 1 f.

[2]) Es scheint die Homosexualität eine Vorstufe der Heterosexualität gewesen zu sein, folglich älter und eine gewisse Entwicklungshemmung darstellend, die an sich aber noch nicht genügt, den Homosexuellen ohne weiteres für einen pathologischen, minderwertigen Menschen zu halten. Man könnte auch wohl von einem Atavismus reden, wenn man nicht mit der Handhabung dieses Wortes sehr vorsichtig sein müßte.

[3]) Im Texte nicht gesperrt gedruckt!

periodisch auftritt". Die „sexuelle Färbung" selbst kann rein platonisch sein, meist aber ist sie sinnlich und drängt unter orgastischen Gefühlen zu mehr oder weniger innigen Körperberührungen, zum Kusse und gewöhnlich auch zu gegenseitiger Onanie, vielseltener (etwa in 8% aller Fälle) zu wirklicher Päderastie, d. h. coitus in anum. „Ich mache", fuhr ich dann a. a. O. fort, „also prinzipiell keinen Unterschied zwischen sogenannter „echter Homosexualität" einer- und bloßen homosexuellen Handlungen andererseits, die also den „unechten" Fällen beizuzählen wären." Damit haben wir einen festen Boden gewonnen. Wir nennen nunmehr alles, was bei Berührung oder im Verkehre mit einer Person des gleichen Geschlechts geschlechtlich befriedigt, homosexuell, und alle Bezeichnungen, wie „echte, unechte" Homosexualität usw., werden dadurch überflüssig. ebenso die Unterscheidung von Perversion und Perversität. Alles ist dann eben nur Perversion.

Wollen wir nun die Urninge selbst in gewisse Klassen bringen, so bieten sich mehrere Einteilungsprinzipien dar. Wir könnten z. B. nach der Art der geschlechtlichen Befriedigung klassifizieren, doch brächte das keinen Gewinn, da fast alle Modalitäten des Vorgehens sich auch bei den Heterosexuellen finden. Es gibt also ebensogut homosexuelle wie heterosexuelle Fetischisten, Sadisten, Masochisten usw. in allen Schattierungen. Höchstens könnten wir hier wie dort die zwei großen Gruppen aufstellen, die rein Platonischen und die Sinnlichen, obgleich von vielen, auch von mir, das wirkliche Bestehen des reinen Platonismus sehr stark bezweifelt wird. Jedenfalls bieten Homo- und Heterosexualität alle möglichen Stärkegrade dar, doch scheint es beinahe, allerdings bisher ohne zwingende Beweise, daß die gleichgeschlechtliche Libido stärker und — was damit fast immer verbunden ist — früher auftritt [1]) als die andersgeschlechtliche, so

[1]) Während aber scheinbar die heterosexuelle Libido um so eher aufzuhören pflegt — cet. par. —, je früher sie einsetzte, scheint dies bei der homosexuellen nicht der Fall zu sein. Ja, wir wissen überhaupt noch nicht, wie lange die durchschnittliche Dauer der gleichgeschlechtlichen Libido währt.

daß scheinbar sexuelle Abstinenz bei Urningen seltener zu beobachten ist als bei den andern. Ja es kann bis zu wirklichen Zwangsimpulsen kommen, ebenso wie bei den andern, was dann schon sehr das pathologische Gebiet streift. Aus diesen Gründen finden sich gewiß relativ häufiger Notzuchtsattentate bei den Invertierten.

Ein anderes Einteilungsprinzip wäre dann das ätiologische. Dies fällt aber schon deshalb weg, weil wir über die Ätiologie der Homosexualität als solcher noch nichts Sicheres wissen, nur Hypothesen zurzeit darüber aufstellen können [1]). Über die Aetiologie der Abarten läßt sich dann natürlich erst recht nichts Gültiges aussagen.

Eine weitere Einteilung wäre noch die klinische, doch fehlt uns hierzu noch sehr viel Erfahrung, da gewisse Abarten hierbezüglich noch recht wenig studiert sind.

Bleibt uns nur noch eine letzte Möglichkeit: die chronologische Gruppierung, d. h. die nach Zeit des ersten Auftretens und der Dauer, welche mir noch als die gangbarste erscheint und die ich daher hier näher begründen will, nachdem ich sie in meiner Arbeit im VIII. Jahrgange des Jahrbuchs für sexuelle Zwischenstufen schon auf S. 601 kurz und nur ungenügend skizziert hatte.

Vorab aber können wir die große homosexuelle Familie einteilen in rein Homosexuelle und in Bisexuelle. Letztere bilden darunter weitaus die Hauptmasse, ohne daß wir das gegenseitige Verhältnis genau kennen; vielleicht ist dies auch nach Art, Zeit, Rasse usw. verschieden. Bisexuelle sind bekanntlich solche, die sowohl zum eigenen als auch zum fremden Geschlechte sexuell sich hingezogen fühlen, und das nicht nur in verschiedenem Stärkeverhältnis, sondern auch eventuell in verschiedenen Zeitfolgen. Diese beiden Neigungen können nämlich entweder gleichzeitig nebeneinander laufen, oder es überwiegt oder herrscht allein während gewisser Zeit die homosexuelle Komponente, um dann ebenso der heterosexuellen Platz zu machen. Einen solchen Fall lernte ich vor nicht zu langer Zeit kennen. Ob diese beiden Arten die einzigen sind, wissen wir nicht, ebensowenig, wie die Periodizität verläuft, ob die Stärke der einzelnen Komponenten stets gleich bleibt usw. A priori müßte man ferner annehmen, es wären hier Personen mit femininem Typus seltener als bei den eigent-

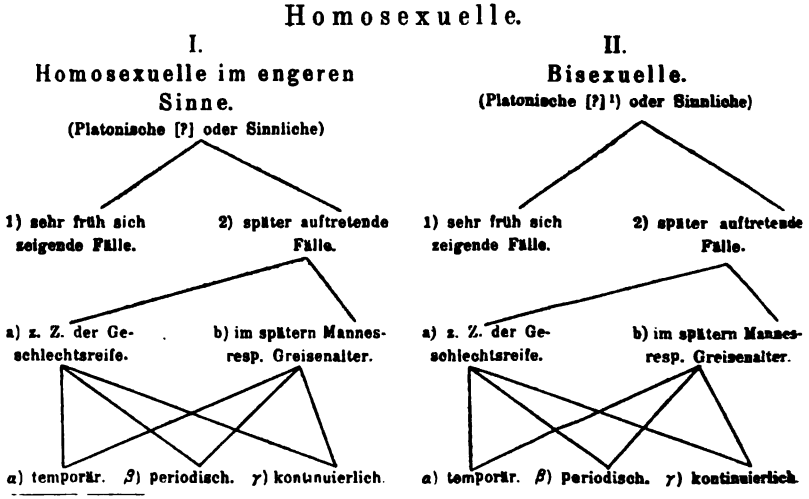
[1]) Siehe hierüber besonders meine schon zitierte Arbeit: Über Kontrastträume usw. Archiv für Kriminalanthropologie usw. Bd. 15 (1907), S. 13f.

lichen Homosexuellen. Doch kommen solche sicher vor, wie z. B. der Fall, den ich sah, daran erinnerte. Von der Stärke und der Andauer des homosexuellen Anteils wird es dann abhängen, ob eine psychische Therapie durch Hypnose, Wachsuggestion usw. Erfolg verspricht oder nicht. Die beiden erwähnten Gruppen lassen sich weiter, ganz wie die Heterosexuellen auch, in die Platonischen und Sinnlichen einteilen, was wir oben schon erwähnten.

Das wäre das Allgemeine. Jetzt setzt nun unsere chronologische Klassifizierung ein.

Jede der obigen Kategorien zerfällt nämlich in 1. die sehr früh und 2. die erst später auftretenden Fälle. Letztere kann man wieder in zwei Untergruppen bringen, je nachdem das konträre Sexualgefühl sich etwa um die Zeit der Geschlechtsreife oder erst im Mannes(eventuell gar Greisen-)alter kundgibt. Die zwei Untergruppen sind endlich entweder temporäre, periodische oder bleibende Varietäten. Die ganz früh sich zeigenden Inversionen scheinen dagegen keine weiteren Untergruppen zu bilden.

Das Schema also würde etwa so ausfallen:




[1]) Dieser Fall scheint mir hiernach noch fraglicher zu sein als bei der alleinigen Homosexualität.

Wir haben damit wohl die Hauptmöglichkeiten erschöpft, und es erübrigt noch die einzelnen Klassen hier kurz zu schildern.

Wir hätten also die schon früh sich zeigenden Fälle von Inversion zunächst zu betrachten. Es sind dies solche, welche *Hirschfeld* seinerzeit so meisterhaft in seiner Arbeit über das „urnische Kind“ [1]) schilderte. Bei einer kleinen Reihe von Urningen nämlich gelingt es, die gleichgeschlechtliche Anziehung bis in das frühe Kindesalter zurückzuverfolgen. In dem Alter, wo die Jungen noch gern mit Mädchen spielen, hält sich der angehende Urning auffällig zu den Knaben, aber auch zu Erwachsenen seines Geschlechts, während ihn die Mädchen und die weiblichen Erwachsenen instinktiv abstoßen. Nur zur Mutter zieht es ihn hin, wie auch sie ja später im allgemeinen eher ein Verständnis für das merkwürdige Naturspiel der Inversion gewinnt als der Vater, daher auch ihrem Sohne leichter verzeiht als jener, ja das abnorme Wesen ihres Kindes auch noch eher und schneller erkennt, selbst wenn sie in ihrem Leben nie etwas von Urningtum gehört hat. Der Junge ist weich gestimmt, sehr mitleidig, nähert sich überhaupt mehr dem Charakter der Mädchen, daher auch die Mädchenspiele aller Art, auch das Nähen, Stricken usw. ihm sympathisch sind. Auf der Schule hält er sich von den meisten seiner Schulkameraden möglichst abseits, begreift immer weniger ihre Neigungen, Spiele, Witze usw. und fühlt sich davon abgestoßen, während er für den einen oder andern Jungen eine wunderbare Sympathie fühlt, die ihn — um mich einmal römisch auszusprechen — zu seinem devoten Klienten macht; er ist „von seinem Gruß beglückt“ und sucht ihm möglichst körperlich nahe zu sein, womöglich ihn zu küssen, später mit ihm das Bett zu teilen, bis es einmal zur mutuellen Onanie kommt, für ihn die höchste Wonne. Dabei ist es ziemlich irrelevant, ob er seinen Angebeteten einmal nackt gesehen hat oder nicht, ob er etwa von ihm einmal auf die nackten Nates geschlagen oder gestreichelt wurde usw. oder nicht. Beweis genug, daß in solchen frühen Fällen die psychologische Theorie der Inversion keine oder nur eine sehr bedingte Geltung besitzt, auch später keine große Rolle spielt. Haupt-

[1]) 1. Kapitel aus seiner großen Untersuchung: Ursachen und Wesen des Uranismus. Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen usw. V. Jahrg., 1. Bd. S. 47 f.

sache ist und bleibt immer das Angeborene oder richtiger gesagt: das Eingeborene und die Stärke desselben. Ist die gleichgeschlechtliche Neigung sehr stark, so genügt zur Auslösung irgendeiner der ubiquitären Anlässe des täglichen Lebens: ein schönes Gesicht, sympathische Stimme, das Sehen nackter Körperteile beim Turnen, Baden, Klettern usw. Diese Sympathie ist anfangs dem Invertierten völlig ein Rätsel. Er fühlt nur, daß er ein anderer ist als die Kameraden. Erst mit Einsetzen der Pubertät wird der Trieb stärker und allmählich bewußter. Freilich dauert es bei vielen lange und bedarf oft eines Zufalls: der Lektüre, des Zusammentreffens mit einem Homosexuellen usw., um volle Klarheit über die abnormen Gefühle zu bekommen. Diese weichen, mädchenhaften Knaben sind artig, wohlerzogen, gute und folgsame Schüler, daher bei Lehrern und Geistlichen wohlgelitten. Da sie ferner früh schon altruistisch sich zeigen, gern trösten und helfen, so fühlen sie sich oft genug zum Berufe eines katholischen Geistlichen — wenn sie katholisch sind — hingezogen, um so mehr, als sie instinktiv zum künftigen Zölibate neigen. Oder sie gehen später ins Kloster. Daher kommt es, wie mir ein gelehrter homosexueller katholischer Geistlicher einst sagte, daß erstens gerade unter den Geistlichen relativ so viele Urninge sind, denen gegenüber die Kirche sich merkwürdig tolerant zeigt, und zweitens ihnen das Zölibat so leicht fällt.

Diese früh schon auftretenden Fälle von Inversion sind jedoch allem Anscheine nach nur die Minorität. Gerade hier hat aber noch weitere Erfahrung einzusetzen, und die genaueste Anamnese frühester Bewußtseinszustände von möglichst vielen Urningen wäre durchaus zur Ausfüllung dieser Lücke nötig. Es scheint ferner auch, als ob diese hierher gehörigen Fälle gewöhnlich dem femininen Typus angehören, wie es ja auch oben geschildert ward. Dieser Punkt bleibt ebenfalls für spätere Untersuchungen offen.

Die meisten Urninge fühlen und zeigen sich aber als solche, wie ich glaube, erst später, und zwar am häufigsten um die Pubertätszeit herum. Bis dahin sieht man es den Jungen nicht oder kaum an, daß sie später Invertierte werden. Anthropologisch von den andern

nicht oder kaum verschieden, machen sie alle Phasen und Dummheiten des Knabenalters durch, sind nicht selten die Tollsten bei den Kampfspielen, Streitigkeiten und haben nicht mehr Freundschaften mit andern, als sonst üblich ist. Nur erst, wenn jene kritische Zeit herannaht, erhält die Freundschaft für den einen oder andern Mitgenossen eine wärmere Färbung, und der Drang, auch körperliche Berührungen mit dem Freunde zu suchen, wird, zunächst unbewußt, immer stärker. Es sind das die Jahre, wo der normale Junge, nachdem er schon seit einigen Jahren sich geschämt hat, mit den „Mädels" zu spielen, anfängt, sich wieder den letzteren zu nähern, aber jetzt nicht mehr, um mit ihnen harmlos zu spielen, sondern um sie zu „poussieren", wozu Bälle, Picknicks, Schlittschuhlaufen usw. reichlich Gelegenheit geben. Zunächst geschieht das alles noch ziemlich bescheiden, mehr oder weniger unabsichtlich, wenn nicht schon, wie es heutzutage immer öfter geschieht, die reifenden Jünglinge sich aus Gesprächen mit ihren Kameraden, aus tausendfacher, früher nicht vorhandener Lektüre, ja schon aus den Auslagen bei den Buchhändlern die nötigen sexuellen Vorkenntnisse geholt haben und nun sich der keimenden männlichen Kraft mehr oder weniger bewußt sind. Ihr Tun wird dann immer kühner, selbst- und zielbewußter. Jener, der beginnende Urning, steht dagegen diesem Treiben fern. Er versteht seine Kameraden nicht mehr und fühlt bald zwischen sich und ihnen eine Kluft, welche ihn den andern allmählich entfremdet. Um so mehr schließt er sich in seinem unbewußt erwachenden Liebesdrange dem erkorenen Freunde an. Dies Verhältnis hat mit den so häufigen Freundschaften aber nur den Namen gemeinsam. Freilich kann hier ein Zufall, eine Aussprache, Liebkosung, der Anblick der Nacktheit usw. die schlummernden Triebe plötzlich entfalten und den Baum der Erkenntnis kennen lehren; also ein psychologischer Ausgangspunkt. Dieser ist an sich aber meist ein recht unbedeutender und ohne die angeborene Anlage sicher nicht wirksam. Hunderte junger Leute sind denselben Reizen ausgesetzt, und doch nur wenige werden homosexuell, eben bloß solche, die die Disposition dazu haben. Sie wären es wahrscheinlich auch ohne jene Zufälle geworden, wenn auch erst später. Von beiden vorigen Gruppen gibt es aber auch hier sehr viele — besonders auf dem platten Lande und unter den Ungebildeten — die erst bedeutend später durch einen Wissenden oder durch Lektüre Klarheit über

ihren Zustand erhalten. Solcher Fälle kenne ich mehrere. Es ist für sie eine wahre Erlösung, wenn sie hören, daß andere seelisch auch so beschaffen sind wie sie; sie atmen dann auf. Nicht wenige waren vorher nämlich an den Rand der Verzweiflung getrieben worden und hatten gar Entleibungsversuche unternommen. So mancher der angeblich unerklärlichen Selbstmorde in diesen Jahren gehört sicher hierher, und erst kürzlich konsultierte mich ein Urning, der in seiner Verzweiflung Hand an sich gelegt hatte. Also nicht bloß spätere innere und äußere Kämpfe wegen ihrer Natur und dadurch so häufig bedingte schiefe soziale Stellung treiben nicht selten Urninge in den Tod, sondern auch schon vorher die Ungewißheit über ihr inneres Fühlen. Auch die scheinbar so unbegreiflichen und sogar ziemlich häufigen Fälle von Entleibungen des Bräutigams unmittelbar vor der Hochzeit gehören zum großen Teile dem Urningtum an. Dem wahren Urning ist eben nichts so schrecklich wie die Ehe, obgleich er sonst gar nicht ungern, freilich nur gesellschaftlich, mit gebildeten Frauen verkehrt. Man sieht also schon hieraus, wie wichtig auch für den Psychiater und den Arzt eine nähere Kenntnis der Inversion werden kann.

Das Gros aller Homosexuellen gehört sicher dieser puberalen Gruppe an. Aber noch viele Spezialfragen bleiben hier zur Beantwortung übrig. Vor allen Dingen die nach dem Anfange, ebenso auch die nach der Kurve der Libido-Stärke, von der wir so gut wie nichts wissen. Freilich gilt dasselbe auch bezüglich der Heterosexualität. Wir wissen auch nicht sicher, ob hier mehr feminine oder aber männliche Typen vorkommen. Ich halte nach meinen Eindrücken deutlich feminine Typen unter den Urningen für entschieden seltener als die männlichen, die also insofern auch männlich empfinden, als sie die femininen Homo- oder Heterosexuellen (letztere sogar scheinbar bevorzugt!) zu ihrer Ergänzung aufsuchen. Es findet also auch bei den Urningen, worauf *Hirschfeld* wohl zuerst aufmerksam machte, eine ähnliche Anziehung der entgegengesetzten Pole, des Männlichen und Weiblichen,

statt, wie bei den Heterosexuellen. Feminin und maskulin sind freilich ziemlich subjektive Begriffe, und nur die markantesten Fälle unterliegen kaum verschiedener Beurteilung!

Eine sicher nur sehr kleine Gruppe[1]) stellen hingegen die im Mannes- oder gar Greisenalter auftretenden Fälle von Uranismus dar, die sogenannten tardiven. Es ist diejenige, welche am schlechtesten bekannt und vor allem noch von vielen als nicht angeboren, sondern erworben angesehen wird, so noch neuerdings von *Bloch*, der seine mehrfachen Irrtümer bezüglich der Homosexualität, nachdem er unterdes selbst viele Urninge außerhalb der Sprechstunde kennen lernte, glücklicherweise abgelegt hat und mit den von mir und andern formulierten Hauptsätzen einverstanden ist. Äußerlich kann man ja allerdings den Eindruck des Erworbenen erhalten. Es handelt sich nämlich um Menschen, die erst in ihren späteren Jahren, und zwar ganz plötzlich, wie es scheint, andersartig sexuell sich betätigen. Es heißt nun dann, daß vor allem Übersättigung dies bewirkt habe, der Reizhunger, der auf diese neue Art der Befriedigung verfallen sei. Aber ein Beweis dafür liegt bisher nicht vor! Wohl gibt es darunter immer etliche Roués, aber das sind Ausnahmen; und von ihnen kann mit Befriedigung den neuen Akt gewiß nur der vornehmen, welcher dazu die Anlage in sich trug. Es steht damit genau so wie mit der Onanie, welche nach vielen auch die Homosexualität erzeugen soll, was aber unbewiesen ist. Wenigstens sah unser bester Sachkenner, *Hirschfeld*, keinen durch Onanie, Reizhunger oder Verführung erworbenen Fall von Inversion. Es müssen also die andern ihre Beweise erst vorbringen! Natürlich kann es geschehen, daß auch ein Onanist in der Pubertätszeit homosexuell wird, aber nicht wegen der Onanie, sondern unabhängig von ihr. Dasselbe gilt auch von den Roués oder von Verführungen. Wer nicht eine angeborene Anlage mitbringt, wird nie durch Verführung oder Onanie homosexuell, dürfen wir wohl behaupten. Der beste Beweis dafür sind die homosexuellen Prostituierten, die zwar mitmachen, aber nie einen homo-

[1]) Andere allerdings behaupten das Gegenteil, doch scheint mir dies nicht richtig zu sein.

sexuellen Genuß bei gemeinsamer Onanie etc. verspüren, daher nach Aufgabe ihres Geschäfts dieselbe auch meist unterlassen.

Hier ist auch der Ort, einen wichtigen Unterschied bez. der gegenseitigen Masturbation zu konstatieren. Sie hat meist mit Inversion nichts zu tun. Sie dient dann bloß als erhöhter Reiz zur Erektion und Ejakulation [1]). Es ist daher ziemlich gleichgültig, von wem sie ausgeht, wenigstens soweit das gleiche Geschlecht in Frage kommt. Anders beim Urning. Hier reizt nur das gleiche Geschlecht und wiederum nur eine bestimmte Person. Und der heterosexuelle Prostituierte wird nie einen aktiven Päderasten abgeben können, eben weil ihm die homosexuelle Phantasie abgeht, während er natürlich passiv sich gebrauchen lassen kann. Auch die solitäre Onanie beim Homo- und Heterosexuellen ist psychologisch anders bedingt. Bei letzterem tritt die Aktion am besten unter Vorstellen oder im Anblick eines weiblichen Wesens oder eines Teiles oder Symbols desselben ein; bei ersterem nur, wenn ein Gleichgeschlechtlicher diese Stelle vertritt. Bei beiden kann aber auch wohl ohne alle Phantasietätigkeit der Akt vorgenommen werden, wie z. B. meist bei Idioten und vielen Geisteskranken. Ihn aber als Autoerotismus zu bezeichnen, wie es *Havelock Ellis* will, halte ich für unrichtig. Dieser Name sollte vielmehr für den sogenannten Narzissmus, d. h. die abnorm seltenen

---

[1]) Um die Diagnose zwischen der hetero- und homosexuellen Onanie am besten festzustellen, dürfte die von mir angelegentlichst empfohlene Betrachtung von Serienträumen, womöglich aus verschiedener Zeit, am zweckdienlichsten sein. Bei homosexuellem Fühlen werden die Träume nur von gleichgeschlechtlichen Personen, denen man sich körperlich zu nahen sucht, unter orgastischen Empfindungen mehr oder minder ausgefüllt, bei heterosexuellem dagegen nicht. Dies gilt auch für alle Arten von homo- und heterosexuellen Handlungen, wie ich dies schon mehrfach eingehend beschrieb (Die forensische Bedeutung der Träume, Archiv für Kriminalanthropologie usw., Bd. III, und meine große Arbeit über Kontrastträume, speziell die sexuellen, ibidem, Bd. 28; besonders aber in der Studie: Der Traum als feinstes Reagens für die Art des sexuellen Empfindens, Monatsschr. für Kriminalpsychologie usw., 1905, November). Die Träume sind es auch, die am besten bisexuelles Fühlen oder die Schwankungen der einzelnen Komponenten, wahrscheinlich auch ihre Stärke anzeigen. Sie sind daher für die Diagnose und Therapie sehr wichtig. Leider ist es nicht leicht, eine solche Serie von Träumen zu erhalten!

Fälle des In-sich-selbst-verliebtseins mit mehr oder weniger sexuellem Anstrich reserviert werden.

Kehren wir nun wieder zu unseren „tardiven" Fällen von Inversion, wie sie zuerst *v. Krafft-Ebing* benannte und erkannte, zurück. Den Grund also, warum die homosexuelle Komponente so spät durchbricht, wissen wir nicht. Vielleicht sind es gewisse Krankheiten oder das Klimakterium, Senium oder gewisse Gifte (Alkohol), die mit die Schuld tragen; auch habe ich aus der Irrenanstalt Fälle berichtet, wo solche späte Durchbrüche stattfanden [1]). Über den Beginn wissen wir ebenfalls nichts. Ist der Anfang wirklich so plötzlich, oder treten vorher bisexuelle oder schwankende Phasen ein? Die Fälle sind jedenfalls so selten, daß ich selbst keinen (außer obige in der Irrenanstalt) aus eigener Erfahrung kenne. Noch seltener sind es sicher die, welche erst im Greisenalter auftreten.

Die beiden Arten der später auftretenden Inversion, also die puberale und tardive im engeren Sinne, lassen sich aber endlich nach unserem Schema noch jede in eine temporäre, periodische und dauernde Form einteilen.

Die temporäre Form ist eine ziemlich häufige, wird aber oft nicht als echte Homosexualität angesehen, was ich jedoch jetzt tue, sofern die betreffenden Praktiken wirklich homosexuelle Befriedigung gewähren. Ich habe speziell die Fälle im Auge, wo in Internaten, auf Schiffen, in Kasernen, Gefängnissen usw., kurz, wo längere Zeit Personen gleichen Geschlechts zusammen hausen müssen, mutuelle Onanie — nur abnorm selten, außer in Gefängnissen [2]) und auf gewissen Schiffen Coitus per anum — bekanntlich häufiges Vorkommnis ist. Ich nannte diese Art einmal „Surrogatinversion", und zwar, weil sie nur wegen Mangels an weiblichen Personen eintritt, indes die männliche Kraft immer mehr sich ausbildet oder auf ihrer Höhe steht und nach Betätigung drängt. Daß das der Hauptgrund ist, sehen wir einfach aus dem Verschwinden dieser Manifestation, sobald Weiber zu erlangen sind. Freilich fallen viele Fälle, die meisten

[1]) In meiner Arbeit im VIII. Jahrgang des Jahrbuchs für sexuelle Zwischenstufen usw.

[2]) In Bordellen entspricht dem die Tribadie, die hier gleichfalls viel häufiger sein soll als die gegenseitige Masturbation.

sogar, unter jene früher gezeichneten von gegenseitiger Onanie, die mit wirklicher Inversion nichts zu tun haben. Ein kleiner Teil ist jedoch zweifellos homosexuell bedingt,[1]) aber die Komponente ist so schwach, daß sie bald gegen die heterosexuelle eingetauscht wird. Man könnte sogar auch, wenn man will, von einer temporären Bisexualität sprechen. Nur da, wo der gleichgeschlechtliche Trieb stark ausgeprägt ist, bleibt er bestehen, selbst bei gegebener Möglichkeit, mit Frauen zu verkehren. Daß allein Langeweile, Verführung oder Beispiel direkt dazu führen sollte, ist schwer glaublich und bisher strikte nicht bewiesen. Freilich kann Nichtstun durch Konzentrieren der Aufmerksamkeit auf die Sexualsphäre und Nachahmen böser Beispiele die Libido anstacheln, aber wohl nie und nimmer aus einem Hetero- einen Homosexuellen schaffen. Dazu gehört eben eine eingeborene Anlage. Ähnliches könnte auch einmal in der Irrenanstalt geschehen oder sonst unter noch unbekannten Umständen.

Die periodische Form tritt wahrscheinlich unter den gleichen Verhältnissen ein, ist aber noch kaum studiert, meines Wissens sogar noch nirgends erwähnt. Möglich ist sie aber gewiss, und ich habe sie speziell in der Irrenanstalt mehrfach gesehen (a. a. O.)[2]). Wahrscheinlich ist sie nur eine Form periodischer Bisexualität.

Die kontinuierliche Form endlich ist die ganz gewöhnliche. Wir wissen nur nicht, wie lange die homosexuelle Libido währt und welche Schwankungen in der Stärke sie durchmacht. Auch ist nicht bekannt, ob die erst im Mannesalter auftretende im Durchschnitt stärker ist als die puberale, ob sie wirklich so plötzlich einsetzt, wie es heißt, oder gewisse Vorläufer hat; endlich ob die Betreffenden mehr dem femininen oder maskulinen Typus angehören. Ich möchte letzteres fast glauben, wie ich denn auch meine, daß die Maskulinen unter dem Gros der Urninge, d. h. also der puberalen Fälle, die Hauptmasse bilden. Bei ganz früh sich zeigender Inversion — unserer ersten Hauptgruppe — ist der Verlauf, soviel man weiß, ein kontinuierlicher, viel-

[1]) *Rohleder* bekämpft wohl irrtümlich diese temporäre Homosexae.

[2]) Hier bei verschiedenen Formen, meist jedoch bei Imbezillität und Dementia praecox und besonders in Erregungszeiten. Meist bestanden dann bisexuelle Zustände.

leicht aber mit verschiedenen Intensitätsschwankungen. Dagegen sind mir keine Fälle temporären oder periodischen Verlaufs hier bekannt.

Bez. der Bisexuellen gilt mutatis mutandis das oben Gesagte; nur wissen wir darüber noch weniger Sicheres als bei den rein Homosexuellen. Das Schema ist daher hier mehr theoretisch aufgestellt. Ob schon in frühester Jugend zunächst wirkliche Bisexualität sich zeigt, wissen wir nicht; es ist aber wahrscheinlich. Wir kennen sie zurzeit nur puberal oder erst später auftretend, und zwar in verschiedenen Modalitäten, die schon früher kurz berührt, aber in ihren Einzelheiten noch recht wenig studiert sind. Es ist nämlich ein Unterschied, ob die sexuelle Empfindung regelmäßig schwankt, d. h. erst einmal eine heterosexuelle Phase eintritt, der dann die homosexuelle folgt, und so hintereinander, oder ob beide Sexualempfindungen gleichzeitig nebeneinander bestehen. In jedem Falle müßten beide Komponenten annähernd gleich entwickelt sein, und es würde dann von unbekannten Umständen abhängen, ob die eine oder andere momentan mehr unterdrückt wird. Bei absolut gleich starker Anlage dürfte wohl mehr der Zufall, ob gerade ein sympathischer Mann oder dito Weib sich präsentiert, determinierend sein. Bei schwacher Anlage eines Teiles der doppelten Anlage wäre das Auftreten der „temporären Bisexualität", wie wir sie in Internaten, Gefängnissen usw. vielleicht vor uns haben, schon erklärbar; erschwert dagegen ist das Verständnis für eine periodische Bisexualität, die es wahrscheinlich doch gibt und wozu jedenfalls unsere Fälle in der Irrenanstalt meist gehören. Wie für die reine Homosexualität, so gilt auch für die Bisexualität die Regel des kontinuierlichen Bestehens. Wo Bisexualität sich zeigt, tritt sie gewiß meist erst puberal auf. Ob auch im späteren Mannes- oder gar Greisenalter, ist zurzeit noch nicht sicher, außer in unsern Fällen.

Es bleiben uns nur noch einige Worte über die Frauen zu sagen. Hier ist der Uranismus natürlicherweise viel weniger untersucht als beim Manne, doch scheinen die Fälle nach dem besten Kenner der weiblichen Homosexualität, *Havelock Ellis*, kaum seltener zu sein als dort. Dies bestätigte mir auch eine hochgebildete Urninde, eine Schriftstellerin, die speziell diese Verhältnisse untersucht hatte. Ihren durchaus vertrauenswürdigen Aussagen nach ist die Inversion sogar auf

dem platten Lande, bei Mägden usw., nicht selten und selbst in Bordellen sehr häufig. Sehr bezeichnend war ihr Ausspruch: „Jede Prostituierte hat einen Herrn für das Portemonnaie und eine Frau für das Herz!“ Wenn dies in dieser Allgemeinheit auch übertrieben sein mag, so ist sicher der Kern richtig. Wußte man ja schon längst, wie häufig die Inversion, und zwar gerade in ihrer niedrigsten Form, der Tribadie, in Bordellen zu Hause ist! Auch hier aber kann man wohl sicher annehmen, daß nicht Langeweile, Verführung oder böses Beispiel die Inversion schufen, sondern daß sie, soweit sie eine homosexuelle Befriedigung gewährt, nur auf geeignetem Boden, bei angeborener Anlage sprießen kann[1])! Das für die Männer oben aufgestellte allgemeine Schema wird wahrscheinlich auch für die Frauen zu gelten haben, so wenig wir zurzeit die einzelnen Teile desselben durch wirkliche Beispiele belegen können. Wir wissen, daß in Mädchenpensionaten, Klöstern und Gefängnissen mutuelle Onanie u. Tribadie sehr häufig sind, auch hier jedoch meist bloß als Surrogathandlung. Nur ein kleiner Teil gehört zur Homosexualität und sehr wahrscheinlich am häufigsten zur Bisexualität, wie bei Männern unter ähnlichen Umständen. Wir wissen ferner, daß bei einem geringen Teile der Urninden — ganz wie bei den Urningen — die ersten Zeichen der Inversion schon in sehr früher Jugend auftreten und unter ähnlichen Erscheinungen wie bei Männern, mutatis mutandis. Die meisten Fälle werden erst zur Zeit der Pubertät deutlich. Alles das läßt vermuten, daß das früher speziell vom Manne Gesagte auch vom Weibe zu gelten hat. Erwähnen will ich endlich noch, daß es scheint, als ob, analog den Männern, die virilen Typen hier vorwiegen. Doch sind auch darüber die Akten noch lange nicht geschlossen.

Hoffentlich hat der Leser aus dieser Übersicht die Überzeugung gewonnen, daß nicht nur mannigfaltig die Formen der Homosexualität auftreten, sondern auch daß viele Probleme auf diesem Gebiete noch zu lösen sind, was ja schon mein früherer Aufsatz[2]) andeutete. Derjenige aber, welcher sich ernstlich für diese

[1]) Ein Teil der Prostituierten wird trotz Tribadie und mutueller Onanie dabei nur heterosexuell empfinden, aber aus Konnivenz oder anderen Gründen mitmachen.

[2]) Im 59. Bd. dieser Zeitschrift.

Art von Geschlechtsempfindung interessiert — und das sollte eo ipso jeder Arzt, speziell Psychiater und Neurologe —, muß, um sich wirklich zu instruieren, an die Quelle selbst gehen, d. h. also die Urninge draußen im Leben und in ihrem menschlichen Tun und Denken beobachten, was freilich am besten in großen Städten möglich ist. Indessen ist dies nicht für jeden leicht; es bedarf dazu vielmehr eines kundigen Führers, z. B. *Hirschfelds* in Berlin, der sehr gern jeden ernsthaften Forscher in die betreffenden Kreise einführen wird.

Hubertusburg, Juni 1907.

---

## Nachtrag bei der Korrektur (Febr. 1908).

Unterdes war das große Werk von *Rohleder* erschienen: Vorlesungen über Geschlechtstrieb und gesamtes Geschlechtsleben des Menschen, Berlin, Kornfeld, 1907, in dessen 2. Bd. von S. 254 ab die Homosexualität sehr eingehend behandelt ist. Es ist jedenfalls das Beste, was hierüber neuerdings in Lehrbüchern geschrieben ward, und viel moderner, als die 13. Aufl. von *v. Kraft-Ebings* Psychopathologia sexualis (1907). Verf. steht fast ganz, wie ich auch, auf seiten Hirschfelds, hat freilich nur eine sehr beschränkte eigene Erfahrung Es sind aber verschiedene Punkte darin, denen ich nicht beipflichte; hier nur einiges. Er behauptet (S. 255), es gäbe leichteste Fälle von homosexuellem Empfinden, die sich nur im Traumleben kundgeben. Wenn dies etwa konstant sein soll, so leugne ich es strikte, bis auf Gegenbeweise. Serienträume reflektieren sich stets im Wachleben! Verf. gibt nun selbst eine sehr verwickelte Einteilung der Homosexualität, die anfechtbar ist, und hält die meinige für „völlig mißglückt", und zwar speziell, weil ich zu den „temporären Fällen" auch die sog. „Surrogatinversion" mitrechne (S. 350). Er macht mir aber besonders den Vorwurf, daß ich keinen Unterschied zwischen „echter Homosexualität" und „unechter", d. h. bloßen homosexuellen Handlungen, machen will, weil sie beide geschlechtlich befriedigen. Dies tat ich hier auch auf S. 114. Ich muß sagen, daß sein Vorwurf berechtigt ist. Ich sage also jetzt (wie übrigens früher schon), daß echte und unechte Homosexualität zu trennen sind. Echte findet Befriedigung auf rein homosexuellem Wege, ist kein Laster, keine sittliche Verfehlung, die unechte dagegen sucht sie auf homosexuellem, sei es durch bloße onanistische Handlungen, sei es durch Zuhilfenahme der heterosexuellen Phantasie. Sie ist ein Laster, eine Perversität, wo sie nicht etwa, wie im alten Griechenland usw., durch die Sitte oder gar durch die Religion (bei den Doriern) geheiligt ist. Den homosexuellen Akten

an sich kann man es nicht ansehen, ob sie homo- oder heterosexuell bedingt sind. Das kann nur eine genaue Analyse des Einzelfalls, am besten mit Hilfe der Serienträume. Bei den Alten und Orientalen gibt es daher sicher meist unechte, aber auch echte Homosexualität, wie auch unter der „Surrogatinversion" (auf Schiffen, in Kasernen usw.) echte Homosexualität vorkommen kann, weshalb ich die „temporäre Form" in diesem Sinne (wie ich schon S. 123 sagte) im Schema beibehalte, das durch meine jetzige Trennnung von echter und unechter Homosexualität nicht weiter berührt wird. Was also erworben werden kann, ist eine homosexuelle Handlung auf heterosexuellem Boden. Also eventuell bei Roués. Das sexuelle fremde Empfinden dagegen kann gewiß nicht als solches erworben werden. — Ist es nun schon schwer, in concreto beim Menschen das homosexuelle Empfinden mindestens sehr wahrscheinlich zu machen, so ist es bei Tieren unmöglich. Alle Fälle von Hahnenfedrigkeit usw., homosexuellen, sadistischen Handlungen usw. lassen sich auch anders erklären. Echte päderastische Akte sind nicht nachgewiesen, auch nicht bei Bombyx. Bei Entarteten und Geisteskranken könnte man übrigens auch an das Auftreten von homosexuellen Zwangsgedanken, vielleicht auf Grund latenter sexueller Komplexe, denken, doch kenne ich keine solchen Fälle. Interessant wäre es nachzuforschen, wie sich die Sache bei Wahn der Geschlechtsveränderung verhält. Ein geisteskranker Mann, der sich für eine Frau hält, könnte wohl der passiven Päderastie frönen, aber dabei sicher nur heterosexuell fühlen. Anders vielleicht bei der Frau, die sich in einen Mann verwandelt denkt. Hier könnte vielleicht eher homosexuelles Fühlen entstehen. Ich selbst sah keine hierher gehörigen Fälle. Dabei nehme ich aber an, daß die andere geschlechtliche Komponente ganz atrophiert ist, sonst könnte sie bei leidlicher Persistenz sehr wohl doch durch den Wahn der Geschlechtsveränderung das Übergewicht gewinnen, wie in meinen Fällen an gewöhnlichen Kranken, die ein- oder mehrmals homosexuell fühlten.

# Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

## 125. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 1. Februar 1908.

Anwesend die Herren: *Anker*-Lichtenrade, *Ascher*-Berlin, *Paul Bernhardt*-Dalldorf, *Bischoff*-Buch a. G., *Döblin*-Buch a. G., *Paul Edel*-Charlottenburg, *Eicke* und *Falkenberg*-Lichtenberg, *Försterling*-Lankwitz, *Fränkel*-Lankwitz, *Hildebrandt*-Dalldorf a. G., *Juliusburger*-Steglitz, *Klipstein*-Lichtenberg, *Koritkowski*-Gr.-Lichterfelde, *Hans Laehr*-Schweizerhof, *Liepmann*-Dalldorf, *Löwenstein*-Lichtenberg a. G., *Moeli*-Lichtenberg, *Mucha*-Franz. Buchholz, *Placzek*-Berlin, *Reich*-Lichtenberg, *Sander*-Dalldorf, *Salinger*-Buch a. G., *Schmidt*-Dalldorf a. G., *Seelig*-Lichtenberg, *Vieregge*-Buch, *Weiler*-Westend, *Wieners*-Bernau a. G., *Zendig*-Berlin a. G.

Vorsitzender: *Sander*.

Der Vorsitzende teilt den Tod des San.-Rat *Caesar Heimann*, zuletzt Grunewald, mit, zu dessen Ehren die Anwesenden sich erheben.

Diskussion über den Vortrag von *Bischoff*-Buch: Über Dauerbäder und Dauerbadbehandlung.

*Moeli*: Der Verzicht auf Diskussion entspricht wohl der allgemeinen Zustimmung zu den durch die Erfahrung mehr und mehr bestätigten Ausführungen des Vortragenden. Ich glaube nur, daß die Forderung aufrecht zu erhalten ist, stets eine wirkliche Lagerung des Kranken, wofür ja genügend Hilfsmittel angegeben sind, mit tunlichstem Ausschluß aktiver Muskeltätigkeit und unter Fernhaltung aller stärkeren Reize herbeizuführen. Wo die Kr. im Wasser nur herumsitzen, hat die Behandlung zwar immer noch den Vorteil größerer Reinlichkeit, besserer Aufsicht und stetigerer Fürsorge gegenüber einer Isolierung, sie führt aber nicht in gleicher Weise zu Beruhigung und zu Schonung der Kräfte wie bei richtiger Lagerung. — Der zweite Punkt wäre die Zahl der in einem Raum zu vereinigenden Wannen. Aus naheliegenden Gründen erscheinen mir die saalartigen, viele, bis 10 Wannen enthaltenden Anlagen von zweifelhaftem Werte. 2 bis 3, höchstens 4 Wannen sind günstiger, wie sie bei den hiesigen Neubauten in passend gelegenen (unmittelbar an die Säle an-

stoßenden) und mit besonderen Heiz- und Lüftungsvorichtungen gegen die Niederschläge auszustattenden Räumen angeordnet werden.

*Liepmann* fragt den Vortragenden nach seinen Erfahrungen mit Dauerbädern Seniler.

*Bischoff*: Die Ausstattung des Dauerbades ist für den Erfolg der Anwendung von größter Bedeutung. Nicht jeder Baderaum ist ein Dauerbad, vielmehr muß die spezifische Einrichtung durchaus betont werden. Die Lage der Kranken wird wesentlich auch durch die Form der Wannen günstig zu beeinflussen sein. Nach eigener Erfahrung würde ich bei einer größeren Zahl nebeneinanderstehender Wannen Abtrennung durch Zwischenwände empfehlen, etwa beispielsweise: 3, 2, 2 Wannen. In den Zwischenwänden könnten sich Türen befinden, die eine Beaufsichtigung auch zweier Räume von einem Punkte aus gestatten. — Auch bei Erregungszuständen im Verlaufe seniler Demenz ist wohl eine günstige Wirkung der Dauerbäder zu beobachten. Bei Angstzuständen empfehlen sich wohl auch hier mehr prolongierte Bäder.

*C. Viereggе*: Versuche über die Merkfähigkeit für Zahlen an Gesunden und Geisteskranken.

Es handelt sich um den Versuch, die experimentell-psychologische Untersuchungsmethode für die klinische Merkfähigkeitsprüfung heranzuziehen.

Das exakte Experiment in seinem vollen Umfange aus dem psychologischen Laboratorium in das klinische Untersuchungszimmer zu übertragen, war dabei weder möglich noch auch notwendig.

Nicht möglich in Rücksicht auf das umständliche Arbeiten mit komplizierten Apparaten, die Länge der beanspruchten Zeit und die Voraussetzung eines oft mangelnden Verständnisses und Einverständnisses seitens der Versuchspersonen, und nicht notwendig im Hinblick auf das Ziel, nämlich die Aufklärung einer individuell-psychischen Funktion (und keiner Ermittlung allgemein-psychologischer Gesichtspunkte). — Aus jenen äußeren Gründen wurde für die folgenden Versuche die akustische Reizgebung gewählt und aus den psychologischen als Reiz die Zahl, welch letztere als alltäglich sich darbietender Gedächtnisreiz vor der ungewohnten Ziffernreihe den Vorzug bietet, daß sie die störenden Übungserscheinungen auf ein Minimum reduziert.

Auf Grund von Vorversuchen und den Ergebnissen der experimentellen Gedächtnisprüfung erschien die Zusammensetzung jeder Einzeluntersuchung aus folgenden 3 Versuchsreihen als geeignetste Versuchsanordnung:

A. Sofortige Reproduktion der vorgesprochenen Zahlen (also Prüfung der Auffassungsfähigkeit);

B. Reproduktion nach 1 Minute Pause ohne Zerstreuung (d. h. ohne Ableitung der Aufmerksamkeit während der 1 Min.);

C. Reproduktion nach 1 Minute Pause mit Zerstreuung (durch Zählen von Metronomschlägen).

Die Reizzahlen wurden einem 20 verschiedene zwölfstellige Zahlen enthaltenden Zahlensysteme entnommen, bei deren Kombinierung und Varriierung auf die Vermeidung assoziativer Hilfen möglichst Wert gelegt worden war; begonnen wurde mit einer so hochstelligen Zahl, wie sie voraussichtlich von der Versuchsperson nicht richtig reproduziert werden konnte, und dann unter Fortlassung der bezüglichen ersten Ziffern schnell (um die Wirkung der Übung möglichst einzuschränken) zu niedrigeren Zahlen vorgeschritten, bis nach 5 bis höchstens 10 Einzelversuchen die richtig reproduzierte Ziffernanzahl erreicht war, als welche diejenige Zahl in der Regel angesehen wurde, welche mindestens zweimal, wenn möglich hintereinander, richtig wiedergegeben werden konnte.

Das in der 3. Versuchsreihe verwendete Zählen am Metronom (von 99 an rückwärts bei einer Einstellung von etwa ebensoviel Schlägen in der Minute) erweist sich durch die Gleichartigkeit des ablenkenden Reizes (auch Zahlen) als fast vollkommenes Zerstreuungsmittel; an seiner statt trat bei der kleinen Minderheit der hierfür nicht genügend zu konzentrierenden Versuchspersonen die einfache Unterhaltung. Die Intervallzeiten wurden vom Versuchsleiter nach der Taschenuhr möglichst genau angegeben.

Ein längeres Intervall als eine Minute erübrigt sich für Merkfähigkeitsprüfungen, nachdem Wundt gefunden, daß von dem bei 2 Sek. erreichten Optimum für die richtige Reproduktion einfacher Gehörseindrücke allmählich ein Absinken derselben bis zum Minimum bei 60 Sek. eintritt, „auf dem sie dann während langer Zeit annähernd konstant bleibt".

Untersucht wurden insgesamt 100 Personen in drei größeren Gruppen:

I. 10 gebildete Versuchspersonen (5 Männer und 5 Frauen) unter Selbstbeobachtung (daher in Versuchsreihe C als weniger vollkommenes Zerstreuungsmittel „einfache Lektüre" gewählt), deren Resultate im wesentlichen nur zur allgemeinen Orientierung dienten und Aufschlüsse über einige psychologische Gesichtspunkte gaben.

II. 40 ungebildete Versuchspersonen (20 Pfleger und 20 Pflegerinnen), die als den gleichen Bildungskreisen entstammend das Vergleichsmaterial für die Geisteskranken lieferten.

III. 50 Geisteskranke: je 10 (5 Männer und 5 Frauen) von 1. Dementia paralytica; 2) Dem. senil.; 3. Idiotie; 4. Dem. praecox (alle im Zustande deutlicher Verblödung) und 5. Manie (als manische Phase des Kräpelinschen manisch-depresiven Irreseins).

Diese 5 Krankheitsgruppen — konnte einerseits für die ersten grundlegenden Untersuchungen nur eine begrenzte Anzahl von Psychosen gewählt werden, so legte andererseits das damals noch bescheidene Material unserer Anstalt Beschränkung auf — wurden lediglich nach dem Gesichtspunkte gewählt, daß sich die Geisteskranken nach der Art ihrer Erkrankung und ihres derzeitigen Zustandsbildes verhältnismäßig übereinstimmend aufgestellten und allseitig anerkannten Krankheitsbildern einfügten; und für die Auswahl der einzelnen Versuchspersonen kamen keinerlei andere Gesichtspunkte in Betracht als eine für unsere Versuchsanordung ausreichende Fixierung.

Die Ergebnisse

unserer Merkfähigkeitsprüfungen sind in Gestalt der Gesamt- (beider Geschlechter) Durchschnittszahlen in folgender Tabelle zusammengestellt:

| Nr. | Gruppe: | A. | B. | C. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Gebildete: | 7,0 | 7,3 | 4,4 |
| 2 | Ungebildete: | 5,8 | 5,5 | 2,3 |
| 3 | Dem. paralyt: | 3,8 | 1,7 | 0,2 |
| | Dem. senil: | 3,7 | 3,3 | 0,6 |
| | Idiotie: | 3,3 | 3,0 | 0,8 |
| | Dem. praec.: | 5,0 | 4,4 | 1,7 |
| | Manie: | 6,2 | 5,9 | 2,6 |

I. Die gebildeten Versuchspersonen vermochten also bei der sofortigen Reproduktion durchschnittlich nicht mehr als 7,0stellige Zahlen, bei der Reproduktion nach 1 Min. ohne Zerstreuung 7,3 und bei der Reproduktion nach 1 Min. mit Zerstreuung 4,4stellige Zahlen richtig zu reproduzieren.

Die Reproduktionsweise war vorwiegend visuell, wurde aber öfter mit akustisch-motorischen Momenten vermischt. — Die Ziffern wurden allgemein in Form der gegebenen Gruppen gemerkt, die Bezeichnungen Milliarden, Millionen usw. jedoch zumeist schon bei der Auffassung unberücksichtigt gelassen und erst bei der Reproduktion wieder ergänzt.

Die Anwendung assoziativer Hilfen trat verhältnismäßig sehr in den Hintergrund.

Die Wiedergabe der richtigen Zahlen war fast stets mit einem überzeugenden Sicherheitsgefühl verbunden.

II. In den Leistungen der ungebildeten Versuchspersonen — 5,8 resp. 5,5 resp. 2,3 Stellen — offenbart sich deutlich der Einfluß höherer Bildung; er äußert sich in der Herabsetzung der Merkfähigkeit um durchschnittlich 1,5 Stellen gegen die vorige Gruppe. Der

um ½ größere relative Abfall bei C (im Vergleich zu A) erklärt sich einfach aus der Ungleichheit der ablenkenden Wirksamkeit jener verschiedenen Zerstreuungsmittel.

III. Was die geisteskranken Versuchspersonen betrifft, so treten schwere Defekte der Merkfähigkeit bei den organisch bedingten Verblödungen der Dem. paralytica, Dem. senil. und Idiotie sogleich bei der sofortigen Reproduktion zutage; das gleiche ist der Fall bei der Reproduktion nach 1 Min. ohne Zerstreuung, am stärksten jedoch der Abfall bei der Reproduktion nach 1 Min. mit Zerstreuung, und zwar auch relativ, beim Vergleich der Unterschiedswerte der 3 Versuchsreihen untereinander.

Die Dem. paralytica zeigt bei Zerstreuung den weitaus größten Ausfall und als einzige von sämtlichen Gruppen eine wesentliche Einbuße an Merkfähigkeit bei der Reproduktion nach 1 Min. ohne Zerstreuung im Vergleich zur sofortigen Reproduktion.

Bei der Dem. praecox zeigt sich zwar auch eine deutliche Herabsetzung der Merkfähigkeit in allen 3 Versuchsreihen, aber auch bei tieferer Verblödung bei weitem nicht der schwere Defekt der vorgenannten 3 Verblödungsformen (sondern nur etwa ½ höchstens ⅔ desselben).

Die Manie erleidet keine wesentliche Veränderung der Merkfähigkeitsleistungen (die geringe und ziemlich gleichmäßige Merkfähigkeitssteigerung ist auf den Umstand zurückzuführen, daß sich unter den manischen Versuchspersonen mehrere offenbar höheren Bildungsgrades, als dem des Pflegepersonals entspricht, befanden).

Eine bestimmte, wenn auch nicht bedeutende Wenigerleistung des weiblichen Geschlechts hat sich sicher bei allen Gruppen, normalen wie pathologischen, und allen 3 Versuchsreihen nachweisen lassen; bei den Paralytikern ist dieser Abstand (bei A: 1,6 Stellen) weitaus am größten.

Übungserscheinungen sind bei unseren nur auf höchstens je 10 Einzelversuchen bemessenen Versuchsreihen kaum störend zutage getreten, ebenso wurde ein Einfluß der Ermüdung nur ausnahmsweise beobachtet

Die Wirkung des „apperzeptiven Antriebes" trat dagegen häufig in die Erscheinung.

Als Intervallzeiten für die erste Versuchsreihe, der sofortigen Reproduktion — *Wundt* gibt als Optimum für die richtige Reproduktion einfacher Gehörseindrücke bei Normalen einen Intervall von 2 Sek. an — ergaben sich bei Gebildeten 2,15 Sek., Ungebildeten 2,20, Dem. paral. 2,70, Dem. senil. 2,60, Idiotie 2,55, Dem. praec. 3,75 und Manie 1,25 Sek.; sie halten sich bei den beiden ersten Gruppen also wohl in normalen, bei den 3 folgenden in annähernd normalen Grenzen, die Verlängerung bei der Dem. praec. und die Verkürzung bei der Manie fügt sich den zugehörigen Krankheitssymptomen widerspruchslos ein. —

Ziehen wir von den hier nicht angegebenen Grenzwerten unserer Normalpersonen, gebildeter wie ungebildeter, beider Geschlechter und beider ersten Versuchsreihen den Gesamtdurchschnitt, so erhalten wir als „Umfang der Merkfähigkeit" für Zahlen die 6stellige (genau 6,25 stellige) Zahl. Diese entspricht gleichfalls *Wundts* Resultat in bezug auf den „Umfang der Aufmerksamkeit", für welchen er einen „konstanten Maximalwert von 6 einfachen Eindrücken" für fast alle Sinnesgebiete fand.

Angesichts der Ergebnisse im Verein mit der bereits betonten Einfachheit der Anwendung und der Kürze der beanspruchten Zeit (bei einiger Übung 10, höchstens 12 Minuten) kann die geschilderte Methode der Merkfähigkeitsprüfung mit einfachen Zahlen als diagnostisch brauchbares und eventuell differential-diagnostisch verwertbares Untersuchungsmittel empfohlen werden. (Der Vortrag erscheint in erweiterter Form in dieser Ztschr.)

Diskussion. — *Liepmann*: Die kleine Mehrleistung der Gesunden nach einer Minute erscheint mir bedeutsam, besonders da auch von anderer Seite festgestellt worden ist, daß die Merkleistung nicht einfach im Verhältnis der Zeit sinkt. Von Interesse ist; zu erfahren, ob und wie der Vortragende die Versuchsperson während der ersten Minute vor Ablenkung bewahrt hat. — Der Unterschied der Schädigung durch Zerstreuung bei Paralyse und sog. Dem. praecox ist so erheblich, daß er vielleicht sogar praktisch differential-diagnostisch in betracht käme, wenn dem Ergebnis eine genügend große Zahl von Fällen zugrunde liegt. Um wie viel Fälle handelt es sich? — In dem A-Versuch wird außer der Auffassung auch das Gedächtnis, nämlich das sog. primäre Gedächtnis geprüft. — Bei Versuchen mit Nachsprechenlassen sinnloser Silben hat *L.* beobachtet, daß das Behalten der ersten und letzten Silben begünstigt ist. Er fragt den Vortragenden, ob auch er Begünstigung bestimmter Stellen in seinen Zahlen bemerkt hat.

*Moeli* möchte eine Frage über die Ergebnisse bei den gesunden Gebildeten stellen. Hier ist in Reihe B keine Ableitung vorgenommen; in Reihe C eine Zerstreuung durch Lektüre während 1 Min. herbeigeführt. In C konkurrieren also gewissermaßen zwei Reize, deren erster (Reproduktionstendenz) isoliert in Reihe B wirksam war. Natürlich ist der Vorgang beim Hinzufügen der Lektüre ein recht komplizierter, das kann jedoch zunächst außer Betracht bleiben. Jedenfalls hätte es Interesse zu erfahren, ob etwa die Unterschiede bei den einzelnen Personen in Reihe B gering, aber in Reihe C wesentlich größer sind. Wäre das der Fall, so würde der Vergleich der Ergebnisse in B und C in dieser Richtung bei den einzelnen Personen die Einwirkung der Lektüre abzuschätzen gestatten. Sie könnte dann gegenüber dem mehr einheitlich wirkenden Faktor des Zeitablaufs und der Zerstreuung durch innere Ursachen (gegenüber der

durch Lesen) als eine mehr von der Individualität abhängige betrachtet werden.

*Placzek* bemerkt, daß die gesteigerte Merkfähigkeit nach längerer Zeit schon von *Stern* in der „Psychologie der Aussage" und von ihm selbst bei Untersuchung über die Zeugenaussage Schwachsinniger beobachtet wurde, doch nur als vereinzeltes Vorkommnis. Er fragt weiter, wie der Vortragende die Gleichartigkeit der Affektlage berücksichtigte.

*Bischoff* macht auf die Arbeiten von *Finzi* aufmerksam, der auch eine Steigerung der Wiedergabe der Reize nach mehr als einer Sekunde Zeit beobachtet hat; es dürfte das wohl auf apperzeptive Vorgänge zurückzuführen sein. Der Begriff der Intelligenzprüfung ist bez. dieser Methode wohl richtig einzuschränken. Gerade das relativ eng umgrenzte Gebiet scheint auch in bezug auf die verhältnismäßige Einfachheit des „psychischen Hintergrundes" ein Vorzug der überaus bequemen und leicht zu handhabenden Untersuchungen.

*Vieregge*: Die Untersuchungen wurden zumeist in einem ganz ruhig gelegenen, möglichst nur Tisch und Stühle (jedenfalls keine medizinischen Apparate u. dgl.) enthaltenden Raume vorgenommen. Die Versuchsperson saß neben und etwas abgewandt vom Versuchsleiter und wurde im allgemeinen nur vorher zur Ruhe und Aufmerksamkeit ermahnt; in ganz vereinzelten Fällen (bei Dem. senil.) mußte in Versuchsreihe B diese Ermahnung wiederholt werden. — Die Resultate bei der Dem. paralyt. und Dem. praecox stammen von je 10 Geisteskranken; weitere gleichartige Ergebnisse von je 5 Versuchspersonen wurden aus Gründen äußerer Gleichmäßigkeit nicht benutzt. Der Nachprüfung dieser differentialdiagnostischen Frage sollen demnächst anzustellende umfangreichere Untersuchungen gelten. — Für die schwierige Zusammenstellung einer Übersicht über die Fehlresultate, so auch über die Begünstigung bestimmter Stellen (von *Ebbinghaus* in seinen Silbenreihen „absolute Stellen" genannt) erschien das bisher untersuchte Material noch zu gering; durch Stichproben (Gebildete, Dem. senil., Dem. praecox) kann jedoch bereits bestätigt werden, daß bei größeren Zahlen (A- und B-Versuch) die ersten Ziffern am wenigsten, die mittleren am meisten Fehlresultate aufweisen; von den letzten drei Ziffern zeigte die mittlere (also die gesprochene letzte) nicht die Hälfte Fehlresultate wie die sich fast gleichverhaltende erste und letzte (also die gesprochene drittletzte und vorletzte). — Die Streuung der richtig reproduzierten Ziffernanzahlen ist bei Versuchsreihe C keineswegs eine größere als bei Versuchsreihe B; die Leistung letzterer schwankt zwischen den Grenzwerten 8 und 6 Ziffern, bei C zwischen 6 und 4 Ziffern (die Frauen leisteten bei C sämtlich vierstellige Zahlen), so daß die Abhängigkeit von der Individualität bei der einfachen Lektüre nicht größer erscheint als bei den übrigen die Gesamtablenkung bewirkenden Komponenten, wie Zeitablauf und innere Ursachen. — Der Affektlage kommt bei unseren einfachen Versuchen, namentlich der *Stern*schen kompli-

zierten Methode gegenüber, nur in extremen Fällen eine erhöhte Bedeutung zu; ihre Gleichmäßigkeit zu erzielen, wurde außer durch vorerwähnte äußere Umstände durch möglichste Ruhe und möglichsten Ernst bei der Durchführung der Untersuchungen versucht.

*Döblin* - Buch: Über einen Fall von Dämmerzuständen.

Der Vortrag gibt zunächst einen kurzen Überblick über das gröbere Gerüst dieses Falles von Hysterie bzw. hysterisch-psychopathischer Konstitution, berichtet dann über eine Reihe feinerer und seltener Details an dem Bilde, arbeitet sie in ausführlicher Analyse durch und gelangt zu der Auffassung einer eigentümlichen Aufmerksamkeitsstörung, die in dem Begriff der Dysergasie formuliert wird.

Die Patientin ist eine 32jährige Frau aus schwer belasteter Familie — Vater suicidal, ebenso Bruder der Mutter, der Epileptiker war, Potator; Schwester leidet an Schwindelanfällen; ein Bruder kriminell; — sie erkrankt Februar 1907.

Die Krankheit verläuft noch jetzt höchst stürmisch und progredient. Frau W., die somatisch linksseitige Hypalgesie, charakteristische Druckpunkte, hochgradige konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung bietet, zeigt im Intervallzustand bedeutende Zerstreutheit ohne Symptome des Vorbeiredens und des unsinnigen Antwortens; wohlumschriebene, später verwischte Bewußtseinsstörungen, die man nach dem Verhalten der Bewußtseinstätigkeit Dämmerzustände, nach dem der Bewußtseinsinhalte halluzinatorische Delirien nennen kann. Der Typus ihres Verlaufs ist: Einleitende Erregung mit Schimpfen, Jammern, Bewegungsunruhe, — eine kurze, stumme Pause, — kollossale motorische Unruhe mit schreckhaften Visionen nnd Phonemen, sprachlichen Äußerungen, Rapport. Völlige Amnesie für den ganzen Paroxysmus. Die diskutierten Details sind: die Uneinsichtigkeit für die Krankhaftigkeit des Wachzustandes wie für das Vorhandensein von Dämmerzuständen; das Verhalten der Merkfähigkeit; die Sinnestäuschungen der „letzten Worte"; das Gedankenlautwerden; die Farbenhalluzinationen Rot, Weiß, Schwarz; die fixierten, an Kopfbewegungen gebundenen Visionen; die Wirkung von Affekten auf die Bewußtseinslage; der Vorstellungsablauf im Dämmer in Gruppenbildung; die Herausbildung einer Dominantgruppe; der Abbau in den Gruppen; das Vergessen im Wachzustand und die Amnesie für den Dämmer.

Die Analyse nimmt ihren Ausgangspunkt von der Uneinsichtigkeit; der Tatbestand ist: die P. bestreitet die Krankhaftigkeit ihres Wachzustandes, weiß nichts von den Delirien, glaubt an ihr Vorhandensein auch nach Vorhalt der überzeugendsten Beweise nicht. Ganz gelegentlich aber, nur spontan, nur gegen eine bestimmte Mitkranke, gibt sie die Möglichkeit ihres Leidens zu. Ihre Erklärungsideen für die ihr auffallenden Zeitlücken sind „Schlaf", Schlaf durch Vergiftung, Körperschwäche. Jene

gelegentlichen Äußerungen aber zu einer Mitkranken, ferner häufige Wendungen („ich bin nicht krank, ich will nicht krank sein"), dazu der lebhafte Affekt bei der Ablehnung führen zu der Auffassung, daß die Bildung der Krankheitseinsicht gehemmt wird. Unabhängig davon wird festgestellt, daß in der P. der Gedanke an eine sehr affektbetonte „Krankheit" vorherrscht, der an ihre Sterilität, daß ihr dies Leiden „Krankheit" κατ' ἐξοχήν ist. Die Uneinsichtigkeit ist ein Effekt dieser Unlustvorstellung, die abgewehrt wird. — Die Phoneme werden direkt dissimuliert, infolge Verallgemeinerung der reaktiven Krankheitsableugnung. — Körperliche höchst variable Krankheiten werden von der P. zum Schutz herangezogen, produziert oder begünstigt, lassen öfter durch ihre Lokalisation den Inhalt des Geschützten, Unterdrückten erkennen. — Bemerkung der Analyse: die auffallend leichte Hemmung bestimmter Vorstellungsbildung, rasche Verdrängung lästiger Vorstellungen, intensive Beeinflussung des Gedankenablaufs durch Vorstellungen aus tieferen Schichten des Bewußtseins setzt eine erhebliche Lockerung des Assoziationsgefüges voraus.

Die Reproduktionsfähigkeit und Merkstörung wird an mehreren Beispielen entwickelt. Es tritt hervor ein anormaler Einfluß von Gefühlen auf den Assoziationsablauf, Kürze der jedesmal reproduzierten Vorstellungsgruppen, willige Verschmelzung der Vorstellungsfragmente, fortschreitende Entstellung und Verlust der Zielvorstellung. Es zeigt sich, daß eine Masse von psychischer Tätigkeit sich unter sehr geringer Beachtung vollzieht, während das psychische Oberflächenbild den Anblick stärkster Zerstreutheit und Leere bot; die Frage eines Zusammenhangs bietet sich an.

Die Sinnesmißerscheinung der „letzten Worte" demonstriert eins von vielen Beispielen: „Bleiben Sie heut im Bett' wird ihr gesagt; sie hört noch stundenlang mit Klangfarbe und richtiger Intensität: „Bett" oder „im Bett"; dabei können andere Gehörsempfindungen perzipiert werden. Während sich die Aufmerksamkeit nur mit Mühe und meist vergeblich den Sinnesempfindungen zuwendet, bemächtigt sich hier ein äußerlich, nämlich durch Finalbetonung, ausgezeichnetes Wort der Aufmerksamkeit in der intensivsten Weise. Daß Aufmerksamkeitszufuhr auf eine Vorstellungsgruppe diese halluzinatorisch verstärken kann, wird an drei Erscheinungen bewiesen. Die Halluzination der weißen Männer besteht fast dauernd, auch im Dämmer; bei geschlossenen Augen, aber im Dämmer kommt es vor, daß sie ruhig peroriert, ohne die vorhandene Halluzination zu beachten, öffnet man die Augen, so gerät sie in momentane explosive Angsterregung wegen der weißen, jetzt beweglichen, mit Messern ausgestatteten Männer. Die experimentell also bewirkte Aufmerksamkeitszufuhr auf optische Empfindungen durch das Öffnen der Augen hat eine momentane Steigerung der sinnlichen Kraft der Halluzination zur Folge. Ebenso durch Druck und Verstopfen der Ohren,

andererseits durch Öffnen und Hineinrufen kann willkürlich die sinnliche Kraft ihrer eigenen Gehörshalluzinationen auf ein Minimum vermindert, auf ein Maximum gesteigert werden. Zu diesen beiden gleichartigen Erscheinungen tritt die dritte: gefühlsstarke Vorstellungsgruppen werden fast allemal von ihr mit halluzinatorischer Kraft ausgestattet, die affektive Gemütslage führt zu sinnlicher Verstärkung ihrer Gedankenbildungen; dies demonstriert das Gedankenlautwerden.

Die „Schwarz"-Halluzination erklärt sich aus dem Weichen einer Vorstellungsgruppe mit gut übersehbarer Genese aus dem Aufmerksamkeitsbereiche: ein schwarzer Mann, Pfarrer, wird gegen die weißen Männer gebildet, wird aber nicht festgehalten, erscheint nun als unverständliches Zerfallsprodukt, Abbauprodukt, elementar. Vermutung einer ähnlichen Genese verwandter Symptome wird ausgesprochen.

Die fixierten Halluzinationen erweisen sich bei ausführlicher Analyse als analog den „letzten Worten". Bestimmte Landschaftshalluzinationen sind gebunden an bestimmte Kopfstellungen; bei Kopfhaltung nach links und geschlossenen Augen sieht die P. zwei Monate lang ausnahmslos „etwas Silbernes", nach der Mitte „ein Gebirge", nach rechts „einen Garten mit Hirschen". Gegen Suggestionen, Lichtveränderungen usw. ist die P. refraktär.

Mitwirken nach der Analyse Elementarsymptome wie die obige des „Schwarz"; da in den Zwischenpositionen nichts gesehen wird, sondern nur extrem rechts, links, in der Mitte, so liegt dasselbe wie bei der Finalbetonung vor: äußerlich ausgezeichnete Punkte bemächtigen sich der Aufmerksamkeit oder zentrieren die Aufmerksamkeit; weiter aber: wie gefühlsstarke Vorstellungsgruppen überbetont mit Aufmerksamkeit zu Gedankenlautwerden führten, so produziert hier die aufmerksamkeitsbetonte Endstellung aus der Orientierungsneigung und optischen Empfindung die Landschaftshalluzination.

Der Vorstellungsablauf im Dämmer zeigt das Hauptcharakteristikum, daß einzelne Vorstellungsgruppen unvermittelt, unverknüpft aufeinanderfolgen und daß die Gruppen in sich systematisiert sind.

Das detailliert beschriebene Verhalten wird zur Unterscheidung vom Vorstellungsablauf in Ideenflucht, Reihenbildung, Inkohärenz: Vorstellungsablauf in Gruppenbildung genannt.

Der Grund dieser Störung ist: jeder affektiv auftretende Vorstellungsinhalt vermag sich der gesamten disponiblen Aufmerksamkeit ungehemmt zu bemächtigen; die Aufmerksamkeit erweist sich dabei von hoher Labilität, in eigentümlicher Mißtätigkeit. — Eine Gruppe, mit außerordentlich viel Affekt beladen, bemächtigt sich allmählich in gesteigertem Maße der Aufmerksamkeit, so daß sie sich andere Gruppen unterordnet, als Dominantgruppe erscheint.

Tritt ein Affekt auf die Bildfläche des Wachzustandes, so ist seine Wirkung nach der normalen Affektwirkung auf dem Boden solcher Auf-

merksamkeitsmißtätigkeit verständlich: es kommt zur übermäßigen Hervortreibung einer Vorstellungsgruppe, zur Lähmung der Assoziationen, zum Dämmerzustand.

Für Dämmerzustand kann auch Autohypnoidzustand gesagt werden; denn, wie des näheren entwickelt wird, enthält der Dämmerzustand in bezug auf Genese und Einzelmerkmale nichts sui generis, aber alle Charakteristika des Autohypnoidzustandes. Der Begriff der Aufmerksamkeit stellt den Tenor der Betrachtungen und Analyse. Er wird im Gegensatz zur assoziationspsychologischen Meinung als unableitbar aus Assoziationstatsachen hingestellt, als objektiv tätiger psychischer Faktor, der sich an Empfindungen und Vorstellungen in Hervortreibung, Auswahl und Hemmung erweist, demnach keine mythische Wesenheit. Indem die Aufmerksamkeit als Inbegriff bestimmter psychischer Wirksamkeit und Leistungen erscheint, wird sie eine Energie genannt.

Ihre normale koordinierte Darstellung in der Beziehung von Sinnesempfindung, Vorstellung, Affekt zeigt eine Euergasie. Dysergasie ist die in dem beschriebenen Falle Lina W. aufgezeigte Fehltätigkeit der Aufmerksamkeit, die Beanspruchung und Verteilung der Aufmerksamkeitsenergie in ungeregelter, ataktischer Weise, keine Krankheit, kein Symptom, sondern ein allgemein psychisches Verhalten in diesem Zustandsbilde. — (Der Vortrag erscheint in extenso in der „Monatsschrift für Psychiatrie".)

Die Diskussion wird vertagt.

*Hans Laehr.*

---

## 80. Ordentliche Versammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 23. November 1907 in Bonn.

Anwesend sind die Mitglieder: *Aschaffenburg, Becker, Behrendt, Borntraeger, Braun, Brockhaus, Claren, Deiters, von Ehrenwall, Finkelnburg, Flügge, Foerster, Fuchs, Geller, Gerhartz, Gudden, Hermann, Herting, Herzfeld, Höstermann, Hübner, Hummelsheim, Kleefisch, Kölpin, Krapoll, Landerer, Liebmann, Lohmer, Lückerath, Mörchen, Oebeke, Orthmann, Pelman, Peretti, Rademacher, Raether, Rieder, Rusak, Salomon, Schlegtendal, Schmidt*-Köln, *Schmitz*-Bonn, *Schoepplenberg, Schütte, Siebert, Thiele, Thomsen, Thywissen, Tippel, Umpfenbach, Ungar, Voßschulte, Wahn, Wex, Weyert, Wirsch.*

Als Gäste sind anwesend: Dr. *Baumann*-Ahrweiler, Dr. *Benning*-Pützchen, Gerichtsarzt Dr. *Berg*-Düsseldorf, Sanitätsrat *Firle*-Bonn, Oberlandesgerichtspräsident a. D. Exz. Dr. *Hamm*-Bonn, Professor Dr. jur. *Heimberger*-Bonn, Dr. *Maier*-Düren, Kreisarzt a. D. Geh. Med.-Rat *Marsi*-Bonn, Dr. *Trapet*-Bonn.

Der Vorsitzende macht Mitteilung von dem seit der letzten Vereinssitzung erfolgten Tod von *Mendel* und *Hitzig*. Wegen Wegzugs nach Rostock ist der Gerichtsarzt a. D. *Schmidt*-Düsseldorf aus dem Verein ausgeschieden.

Zum Eintritt in den Verein haben sich gemeldet: Dr. *Baumann*, Arzt der *v. Ehrenwall*schen Anstalten in Ahrweiler, Dr. *Benning*, Arzt an der Dr. *Peipers*schen Anstalt in Pützchen bei Bonn, Dr. *Berg*, Gerichtsarzt in Düsseldorf, Dr. *Maier*, Assistenzarzt der Prov.-Heil- und Pflege-Anstalt in Düren, Dr. *Trapet*, Assistenzarzt der Prov.-Heil- und Pflege-Anstalt in Bonn.

Der stellvertretende Vorsitzende des Vereins, Geh. San.-Rat *Oebeke*, vollendete am 30. August cr. sein 70. Lebensjahr.

Für die Möbius-Stiftung bewilligte die Versammlung einen Beitrag von 100 Mark.

Für die beiden folgenden Versammlungen werden in Aussicht genommen die Referate: 1) Über das Greisenalter in psychopathologischer, pathologisch-anatomischer und forensischer Beziehung. 2) Die psychologische Diagnose des Tatbestandes. Das erste Referat übernimmt Dr. *Hübner*-Bonn und *Aschaffenburg*-Köln für die Frühjahrsversammlung. *Thomsen* schlägt vor, damit eine ausgiebigere Diskussion möglich ist, entweder das Referat bereits vorher gedruckt den Mitgliedern zugänglich zu machen, oder doch gewisse Leitsätze bekannt zu machen, damit man weiß, wohinaus der Referent zielt. Der Vorsitzende befürwortet diesen Vorschlag. —

Dem Antrag des Vorstandes entsprechend, beschließt die Versammlung den bisher aus drei Mitgliedern bestehenden Vorstand um zwei Beisitzer zu erweitern und die Vereinsstatuten entsprechend zu ändern.

Durch Akklamation wird dann der bisherige Vorstand (*Pelman*, *Oebeke*, *Umpfenbach*) wiedergewählt. Zu Beisitzern werden gewählt: Professor *Thomsen*-Bonn und Professor *Westphal*-Bonn.

Durch Akklamation werden dann in den Verein aufgenommen: Dr. *Hermann*, Assistenzarzt der Prov.-Heilanstalt Galkhausen, Dr. *Kleefisch*, Arzt des Franz Sales-Hauses für Idioten in Essen-Huttrop, und Dr. *Schröder*, Assistenzarzt der Prov.-Heilanstalt Galkhausen.

Es folgt dannn zunächst die Diskussion über den Vortrag von Prof. *Aschaffenburg*-Köln und Prof. Dr. jur. *Heimberger*-Bonn vom 15. Juni cr. über die strafrechtliche Behandlung der Homosexuellen.

*Ungar*-Bonn wendet sich zunächst gegen den Ausspruch *Aschaffenburgs*, die Homosexualität sei eine Erscheinung psychopathischer Natur. Wenn sich auch gelegentlich einmal bei Homosexuellen Geistesstörung als Ursache des perversen Geschlechtsempfindens nachweisen lasse, wenn auch bei einem oder dem anderen Homosexuellen eine psychopathische Disposition angenommen werden könne, so gehe es doch sicherlich zu weit, in den Homosexuellen ohne weiteres psychopathische Naturen zu sehen. Gegen die Auffasssung spreche schon die Geschichte der Päd-

erastie. Wolle man dieser Auffasssung beipflichten, so müsse man freilich bei der Begutachtung in foro die freie Willensbestimmung stets ausschließen.

Was die Ausführungen *Heimbergers* anbelangt, so glaubt sich *Ungar* der Ansicht nicht verschließen zu können, daß *Heimberger* doch die Bedeutung des Lasters der Päderastie für das Staatswohl unterschätze. *Ungar* glaubt hier wieder auf die Geschichte des Lasters hinweisen zu sollen, namentlich auf dessen verderblichen Einfluß bei den Griechen und Römern. Ein Freigeben der Päderastie würde sicherlich einen höchst ungünstigen Einfluß ausüben. Viele, die sich bis jetzt aus Scheu vor dem § 175 vor Betätigung homosexueller Gelüste hüteten, würden, wenn sie die strafrechtliche Verfolgung nicht mehr zu fürchten hätten, päderastische Handlungen begehen, ja manche würden sich offen als Anhänger des homosexuellen Geschlechtsverkehrs bekennen, sie würden die Verführer anderer. Je größer die Zahl der Päderasten, um so größer sei auch die Gefahr der Verführung. Ob aber dadurch, daß man das Schutzalter bis zum 18., ja selbst bis zum 21. Jahre hinaufrücke, viel gewonnen werde, sei mindestens fraglich. Mit Recht nehme *Heimberger* an, daß, wenn der homosexuelle Verkehr selbst nicht mehr unter Strafe gestellt sei, die Propaganda für homosexuelle Bestrebungen um so ungescheuter betrieben werden würde. Ob es möglich sein werde, einer solchen Propaganda, nachdem man den homosexuellen Verkehr freigegeben habe, durch eine besondere Strafandrohung wirksam entgegenzutreten, sei recht zweifelhaft. Würde man die Päderastie wirklich freigeben, so müsse man besonders auch die Untergebenen gegen homosexuellen Mißbrauch seitens der Vorgesetzten zu schützen suchen.

Mit dem Wegfall der Strafandrohung würden aber auch die Erpressungen, deren *Heimberger* Erwähnung getan habe, nicht aus der Welt geschafft. Wenn auch die Bestrafung wegfiele, so bliebe doch die Furcht vor Bloßstellung, und mit dieser würde der Erpresser um so eher drohen können, als er sich selbst durch den homosexuellen Verkehr einer strafbaren Handlung nicht schuldig gemacht habe.

Oberlandesgerichtspräsident a. D. Dr. *Hamm*-Bonn gab zu, daß die widernatürliche Unzucht zwischen Personen männlichen Geschlechts, welche von beiden Seiten f r e i w i l l i g geschehe — und nur darum handle es sich in § 175 —, keine Rechtsverletzung gegen eine andere Person enthalte, erachtete aber deren Bestrafung im öffentlichen Interesse deshalb für geboten, weil eine solche widernatürliche Unzucht die sittlichen Anschauungen der Allgemeinheit und die gesunde körperliche wie seelische Entwickelung des Volkes gefährde. Daß in einer großen Zahl von Fällen keine krankhafte Anlage vorläge, sei durch die zeitweise Verbreitung in einzelnen zusammenhängenden Kreisen, in Konvikten oder Strafanstalten dargetan; es handele sich da offenbar um eine sittliche Ansteckung. Es gebe kein anderes Mittel gegen die Neigung zu widernatürlicher Unzucht

als Selbstbeherrschung, und diese werde durch die drohende Strafe unterstützt. Die Erpressungen würden mit Abschaffung der Strafbestimmung nicht aufhören; die Personen, welche widernatürliche Unzucht trieben, fürchteten nicht so sehr die Strafe, als die drohende Schande und gesellschaftliche Ausstoßung. In Frankreich, das seit 100 Jahren keine Strafbestimmung für widernatürliche Unzucht habe, seien die Erpressungen nicht geringer, als bei uns.

Die Rechtsprechung bestrafe mit Recht aus § 175 nur die beischlafähnlichen Handlungen, die sogenannte Päderastie. Bei dieser handele es sich nicht um eine gegenseitige Onanie beider Personen, sondern um eine Unzucht des einen durch Mißbrauch des andern. Der passive Teil gebe sich dem aktiven dazu her, und zwar in der Regel für Geld. Das, was die Päderastie besonders strafwürdig macht, beruhe auf seiten des aktiven Teils darin, daß er den anderen zur Hergabe für die widernatürliche Unzucht veranlasse und verführe, auf seiten des passiven Teils darin, daß er sich in einer den Menschen entwürdigenden Weise zu einer solchen Unzucht mißbrauchen lasse. Aus diesem Grunde sei es auch keine Inkonsequenz, daß man die widernatürliche Unzucht zwischen weiblichen Personen, welche eine gegenseitige Onanie beider Teile sei, straflos lasse.

Das Schreckliche an dieser Art widernatürlicher Unzucht zwischen Männern sei die männliche Prostitution, die gewerbsmäßige Hergabe von männlichen Personen zur Päderastie, wie sie in den romanischen Ländern, vor allem in Italien, sich schamlos öffentlich anbiete. Diese uns fern zu halten, sei auf das dringendste geboten. Mit Rücksicht hierauf befürwortete Redner, nicht nur die Strafbestimmung des § 175 beizubehalten, sondern die Strafe noch zu schärfen gegenüber männlichen Personen, welche sich gewerbsmäßig zur widernatürlichen Unzucht hergeben. Er empfahl, den § 175 unter Weglassuug der Strafbestimmung für die widernatürliche Unzucht von Menschen mit Tieren und unter ausdrücklicher Beschränkung der widernatürlichen Unzucht zwischen Personen männlichen Geschlechts auf die Päderastie folgendermaßen zu fassen:

„Die widernatürliche Unzucht einer Person männlichen Geschlechts durch Mißbrauch einer Person gleichen Geschlechts (Päderastie) ist gegen beide Personen mit Gefängnis zu bestrafen; auch kann auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden.

Eine Person männlichen Geschlechts, welche die Hergabe zu einer solchen widernatürlichen Unzucht gewerbsmäßig betreibt, ist, wenn sie sich dazu anbietet, mit Zuchthaus bis zu 2 Jahren, wenn sie sich dazu hergibt, mit Zuchthaus bis zu 5 Jahren zu bestrafen.

In beiden Fällen ist neben der Zuchthausstrafe der Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte auszusprechen und kann auf Zulässigkeit von Polizeiaufsicht erkannt werden."

*Borntraeger*-Düsseldorf: Durch die Gegenüberstellung der Worte „homosexuell" — übrigens wieder einmal eine medizinische falsche Wortbildung, es müßte heißen „homöosexuell" — und „heterosexuell" bzw. „bisexuell" wird leicht der Eindruck erweckt, als handle es sich um zwei gleich berechtigte Eigenschaften oder Liebhabereien der Menschen, etwa wie ein Mensch Weißwein und der andere Rotwein vorzieht. Dem würde besser schon in der Wortwahl entgegengetreten. Denn da nicht sehr vieles in der Welt so sonnenklar ist, als daß der normale Geschlechtstrieb und Geschlechtssinn sich auf ein Individuum des anderen Geschlechtes richten muß, so ist eben alles Gegenteilige als abnorm oder pervers sexuell zu bezeichnen und zu brandmarken. Selbst wenn man die „Homosexuellen" schlechthin als Päderasten bezeichnen wollte, würde man im ganzen doch wohl nicht allzu vielen Unrecht antun. Denn im allgemeinen sind die „Homosexuellen" ja doch Männer, und das lediglich „homosexuelle Empfinden" bei ihnen ohne Betätigung dürfte bei genauer Nachprüfung eine Seltenheit vorstellen, sei es, daß das Betätigen verschwiegen wird, oder daß das Ganze mit eigentlicher Sexualität im Grunde wenig zu tun hat. Als „Urning" oder auch als „homosexuell" mag sich mancher ohne Scheu selbst bezeichnen; als „pervers sexuell" oder gar als „Päderast" wird sich niemand so leicht benannt sehen wollen. Und einen „Verein der Päderasten" oder der „Pervers Sexuellen" könnte es ebenfalls nicht geben. Das ist m. E. wichtig festzuhalten, um bei klaren Begriffen zu bleiben.

Was die Stellung der Psychiatrie zur Strafbarkeit der Päderastie und sonstiger „homosexueller" Betätigung im Sinne des § 175 St.G.B. anlangt, so dürfte es für sie genügen, fest zu betonen, daß derartiges Ausfluß oder Begleiterscheinung von Geistesstörung sein kann und in diesem Falle nach § 51 St.G.B. straflos zu bleiben hat. Selbstverständlich muß die Geisteskrankheit bestimmt erweislich sein und darf nicht etwa bloß aus einigen Absonderlichkeiten oder wohl gar lediglich aus dem Bestehen der „Homosexualität" gefolgert werden. Auch wird es unerläßlich sein, im Falle der Geisteskrankheit auf die Gemeingefährlichkeit, die alsdann eventuell besteht, hinzuweisen, damit das zum Schutze der Allgemeinheit Nötige seitens der Gerichte veranlaßt werden kann.

Nun wird mehrfach empfohlen, den § 175 aufzuheben. Ich habe mich der bestimmten Worte der Herren Vorredner gegen diese Absicht gefreut und kann mich ihnen nur auf das bestimmmteste anschließen.

Was wird dem Paragraphen vorgeworfen?

1. Man sagt: Die Auslegung ist schwankend, was unter „widernatürlicher Unzucht" zu verstehen, in welchen Handlungen sie zu finden sei.

M. E. gibt es derartige Unsicherheit und Zweifelhaftigkeit auch sonst noch vielfach im Strafgesetzbuch. Man wird deswegen aber die Strafbarkeit des Betruges, der Untreue, der Beleidigung, des groben Unfugs

usw. nicht aufheben, sondern höchstens darnach streben, den Tatbegriff möglichst scharf zu fassen.

2. Man sagt, es fehle an einem durchgreifenden Prinzip bei den verschiedenen Nationen, die einen straften analog § 175, die anderen modifiziert, wieder andere gar nicht. M. E. ist aber doch ein Prinzip erkennbar, nämlich: die germanischen Völker (mit Ausnahme von Holland, aber mit Einschluß von England und im allgemeinen von Nordamerika), die Slawen und die Ungarn bestrafen die widernatürliche Unzucht, die romanischen Völker nicht. Soll da das Deutsche Reich nun vorgehen und die Strafbarkeit aufheben? Berechtigen uns wirklich die Zustände in romanischen Ländern dazu, unsere eigenen Prinzipien aufzuheben und jene anzunehmen? Man gehe doch nur z. B. in Neapel oder in Palermo oder sonst in einer Stadt zumal des südlichen Italiens langsam auf belebter Straße seines Weges, und sofort und fortgesetzt wird man mit Fragen behelligt werden, ob man ein Mädchen oder einen Knaben wolle — wieder, als ob es sich um zwei gleichartige Dinge handele. Wohl gemerkt! Es wird stets ein Knabe oder ein Jüngling angeboten! Man erkennt da sofort die Abrichtung und Verführung in der Jugend.

Nein, diese Zustände sind wahrlich nicht dazu angetan, uns von unseren bewährten Prinzipien abzubringen.

3. Es wird behauptet, der § 175 habe nichts genützt. Denn die Zahl der „homosexuell Veranlagten" werde im Deutschen Reiche auf 1 200 000, in Berlin auf 56 000 veranschlagt. Dabei betrage die Zahl der Bestrafungen im Deutschen Reiche jährlich 253—289; das stehe in keinem Verhältnis.

Sie wollen bei dieser Gegenüberstellung zunächst beachten, wie hier „homosexuell veranlagt" und „Päderast" praktisch so etwa promiscue gebraucht wird. Aber was besagt denn das Ganze? Wie sind diese ungeheuerlichen Zahlen ermittelt? Etwa unter Befragung der Schüler an Hochschulen mit Fragebogen? Dann ist dieses Befragen ebenso frivol wie das Ergebnis anfechtbar. Wir müssen uns mit Bestimmtheit gegen die Behauptung wehren, als sei das deutsche Volk so herabgekommen, daß es eine so ungeheuere Zahl geschlechtlich Perverser, also überhaupt Degenerierter unter sich habe; das ist entschieden nicht wahr.

Wäre es aber wahr, dann wäre es die allerhöchste Zeit, Ernst zu machen, das Leisetreten aufzugeben und verschärft gegen die Anhänger der Straftaten des § 175 und ihre „Konkneipanten" und Vorstufen vorzugehen, nicht aber den Paragraphen aufzuheben; ebensowenig wie man bei etwaigem Zunehmen der Diebstähle die Strafbestimmungen gegen Diebstahl lockert.

4. Es heißt: Der § 175 führt zu vielen Erpressungsversuchen. Auch das ist nicht richtig. Nicht der Paragraph führt dazu, sondern der überall, auch bei den Romanen nicht ausgestorbene Instinkt, daß Päderastie, aktive wie passive, und Darbietung dazu etwas Schimpfliches, den Mann

Entehrendes ist. Daher sind derartige Erpressungen und Erpressungsversuche z. B. erfahrungsgemäß auch in Frankreich so häufig, obwohl es dort keinen § 175 gibt.

5. Man erklärt es sodann für inkonsequent, daß die widernatürliche Unzucht nur zwischen Männern, nicht aber zwischen Weibern, auch nicht zwischen Männern und Weibern gestraft wird. M. E. ist diese Bestimmung sehr vernünftig. Denn eine eigentliche Päderastie wird naturgemäß überhaupt nur von Männern ausgeübt. Was von widernatürlicher Unzucht zwischen Weibern im Sinne des § 175 in Frage kommen könnte — Onanie kommt hier bekanntlich nicht in Betracht —, so ist das etwas so Seltenes, daß eine Strafandrohung völlig deplaciert wäre. Minima non curat praetor!

6. Weiter heißt es: die ganze Päderastie ist Privatsache, sie ist nur möglich, wenn beide „Kontrahenten" wollen; also geschieht niemand ein Unrecht. Liegt Verführung oder Gewalttat oder Benutzung Minderjähriger oder Verletzung der öffentlichen Sittlichkeit oder sonst irgendein Qualifikationsdelikt vor, so straft man aus anderen Paragraphen; der § 175 ist also unnötig, und man soll keine unnötigen Strafbestimmungen treffen.

Auch das trifft m. E. nicht zu, man könnte sonst noch manchen Paragraphen des Strafgesetzbuches aufheben, so z. B., um bei den sexuellen Verfehlungen zu bleiben, den gegen den Beischlaf zwischen Verwandten gerichteten § 173, insoweit auch dieser als Privatsache angesehen werden und nur mit beiderseitiger Zustimmung erfolgen kann, aber doch strafbar bleibt.

Und was die Unnötigkeit von Strafbestimmungen anlangt, so kommen ja gerade diejenigen, welche den § 175 aufgehoben haben wollen, mit anderen Vorschlägen, z. B. mit Hinaufrückung des Schutzalters. Bestrafung der gewerblichen männlichen Prostitution, Strafandrohung der Propaganda für „Homosexualität" u. dergl. m. Sie wollen also keine Verrringerung der Zahl der Strafparagraphen, sondern nur Ersatz des alten, ja, Vermehrung durch einige Surrogate.

So erscheinen alle Bestrebungen, den § 175 aufzuheben, als verfehlt und theoretisierend, und ungemein charakteristisch für die ganze Bewegung ist, daß immer gerade die Aufhebung der Bestrafung der Päderastie erstrebt wird, aber die Aufhebung der Bestrafung der Sodomiterei, der Unzucht mit Tieren, die doch auch im § 175 enthalten ist, dabei wahrlich viel leichter entbehrt werden könnte, nur so nebenher behandelt wird.

Es ist in der Tat auch bei uns schon weit gekommen. Von „Homosexualität" wird schon vielfach ganz öffentlich geredet und geschrieben, als wenn es sich um die selbstverständlichsten Dinge, um berechtigte Eigentümlichkeiten und wohl gar um arme Verfolgte handelte, und man entblödet sich nicht, von Zeit zu Zeit durch Flugschriften usw. aufzufordern,

sich dieser Bewegung anzuschließen, ja, mehr oder minder unverblümt diejenigen als unmodern und einsichtslos hinzustellen, welche die Päderastie als eine ungemeine Schmutzerei und Verächtlichkeit und die ganze „Homosexualität" als dieses Lasters Anfang ansehen.

Schließen wir uns dem nicht an, sondern machen wir energisch Front dagegen. Lassen wir es nicht zu, daß der Anschein erweckt werde, als fänden die „Homosexuellen" in der psychiatrischen Wissenschaft eine Stütze für ihre Perversitäten, die doch in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nur die Folgen der Übersättigung und der Liederlichkeit sind. Brandmarken wir diese Leute als das, was sie sind, und treten wir nicht für Aufhebung des § 175 St.G.B. ein, sondern für seine Verschärfung, dahingehend, daß mindestens die Verführung zur widernatürlichen Unzucht und die Benutzung Minderjähriger mit erhöhter Strafe geahndet wird. Damit werden wir der Zukunft unseres Volkes den besten Dienst erweisen.

*Thomsen*-Bonn: Mir scheint, daß die Psychiater weder einzeln noch in ihrer Gesamtheit besondere Veranlassung haben, sich für die Abschaffung oder Beibehaltung des § 175 zu erwärmen.

Die „homosexuelle Empfindung" fällt ja nicht unter den Bereich dieses Paragraphen, sondern nur die Betätigung im Sinne und in der gebräuchlichen Auslegung desselben.

Da, wo diese Betätigung die Folge- oder Begleiterscheinung einer ausgesprochenen geistigen Störung ist, genügt der § 51 des B.G.B. vollständig. Wo die homosexuelle Betätigung vorhanden ist bei einem zwar nicht geisteskranken aber ausgesprochen psychopathischen minderwertigen Individuum, da genügt ebenfalls der § 51 in der Auslegung, welche wir ihm auch sonst bei den Delikten minderwertiger Inkriminierter (Exhibitionismus, sexuelle Vergehen anderer Art usw. bei Debilen, Psychopathen, Hysterischen usw.) geben, eventuell auch Zuziehung des Begriffes der „verminderten Zurechnungsfähigkeit".

Bei der dritten Gruppe der Homosexuellen, bei denen außer dieser Eigentümlichkeit nur ganz leichte oder zweifelhafte psychopathische Symptome vorhanden oder nachweisbar sind, begeben wir uns auf ein Gebiet, auf dem die Mehrzahl der Psychiater, abgesehen von wenigen Ausnahmen, kraft des Berufes durchaus keine durch reichliche Erfahrung begründete besondere Sachkenntnis besitzt.

Es scheint mir aber zweifellos, daß für diese Gruppe und ebenso für die zweite Gruppe der psychopathischen homosexuell Empfindenden die Strafandrohung des § 175 ein nicht ganz zu unterschätzendes Moment darstellt, um sie von der Betätigung zurückzuhalten.

Daher können die Psychiater wohl das weitere Schicksal des § 175 ruhig den Juristen überlassen.

*Pelman* macht darauf aufmerksam, daß der Psychiatrische Verein nicht die Absicht hat, als solcher eine bestimmte Stellung zu der Frage des § 175 einzunehmen.

*Braun*-Elberfeld: Ich stimme mit den drei ersten Herren Vorrednern in der Hauptsache überein und kann mich deshalb auf wenige Worte beschränken:

Exz. *Hamm* hat vorgeschlagen, den § 175 so umzugestalten, daß aus der großen Anzahl homosexueller Handlungen nur die eigentliche Päderastie strafbar bleibt.

Ich glaube, das wäre ein Schlag in das Wasser. Das Primäre des homosexuellen Verkehrs ist die gegenseitige Onanie; diese ist die häufigste Form des homosexuellen Verkehrs; auf sie richtet sich in erster Linie die Verführung. Durch sie werden die Homosexuellen gezüchtet. Wenn die gegenseitige Onanie straflos bleibt, so wird vor Gericht in den meisten Fällen diese die Pforte bilden, durch welche die Päderasten der Strafe entschlüpfen.

Auch ist es irrig, wenn Exz. *Hamm* meint, der passive Päderast biete seinen Körper, ohne selbst eine geschlechtliche Erregung zu haben, dem aktiven Päderasten dar; denn nach meinen gerichtsärztlichen Erfahrungen umschlingt der aktive Päderast den passiven und onaniert an diesem.

Wirksam kann der § 175 nur sein, wenn die homosexuellen, auf Geschlechtsgenuß gerichteten Handlungen überhaupt bestraft werden. Dieses halte ich für notwendig aus den von Prof. *Unger* angeführten Gründen, und damit im Strafgesetzbuch das als strafbar bezeichnet wird, was nach der allgemeinen Volksauffasung strafbar ist.

*Peretti*-Grafenberg glaubt nicht, daß die Zahl der Homosexuellen wirklich so groß ist, wie sie angegeben wird. Wenn die Homosexuellen alle Psychopathen wären, so müßten die praktischen Irrenärzte, namentlich in den großen Anstalten, doch auch mehr Gelegenheit haben, homosexuelle Neigungen zu beobachten. Eine wirkliche ausgesprochene Homosexualität hat er kaum je gesehen.

*Heimberger* sucht die einzelnen Einwendungen zu widerlegen und bleibt auf seinem Standpunkt.

*Aschaffenburg*-Köln bedauert aufs höchste, daß sich die Diskussion nicht an seinen damaligen Vortrag angeschlossen habe. Sonst wäre wohl ein Mißverständnis nicht möglich gewesen, das sich durch die ganze Diskussion hindurchgezogen hätte, das Zusammenwerfen von Homosexualität und Päderastie.

Es lassen sich drei Gruppen unterscheiden: 1. die Homosexualität, die sich ausschließlich im Empfindungsleben abspielt, 2: die Homosexualität, die danach strebt, ihre sexuellen Empfindungen in die Tat umzusetzen, und 3. päderastische Handlungen, begangen von Nichthomosexuellen.

Es ist von vornherein unmöglich, überhaupt eine Diskussion zu führen, wenn man diese ganz verschiedenen Gruppen nicht scharf auseinanderhält. Die 1. Gruppe geht überhaupt nur den Arzt an. Und hier möchte

doch *A.* gegenüber *Thomsens* Äußerung schon allein wegen des Bestehens dieser Gruppe sich aufs entschiedenste dafür aussprechen, daß der Arzt bei der Frage der Homosexualität sein Urteil in die Wagschale wirft. Der Richter lernt doch nur diejenigen Leute kennen, die homosexuelle Handlungen begehen. Das sind aber nicht alles Homosexuelle, und umgekehrt machen sich viele Homosexuelle nie in ihrem Leben einer strafbaren Handlung schuldig. Allerdings ist die Kenntnis vom Wesen der Homosexualität nicht auf Grund sensationeller Fälle und ebensowenig auf Grund der Beobachtung der wegen § 175 Bestraften zu erwerben. Es gehört dazu die genaueste persönliche Kenntnis zahlreicher Homosexueller. Sonst kommen so schiefe Beurteilungen heraus, wie sie vielfach und auch heute laut geworden sind. Dazu rechne ich auch die Auffassung, daß die Homosexualität eine Folge der Onanie sei, und daß deshalb jede onanistische Handlung, an einem anderen begangen, den Strafbestimmungen des § 175 unterstellt werden müsse. Wohin das führen würde, sucht *A.* zu illustrieren durch den Hinweis, daß nach seiner Überzeugung die meisten männlichen Personen vorübergehend onaniert hätten; daß von diesen wieder ein recht großer Bruchteil durch Schulkameraden zur Onanie verführt worden sei. Dann müßten bei zielbewußter Durchführung der erwähnten Anschauungen sehr viele Kinder vor den Strafrichter kommen und könnten höchstens wegen mangelnder Einsicht in die Strafbarkeit ihrer Handlungen von der Strafe befreit werden.

*A.* kennt Homosexuelle aller Stände und aller Berufsarten. Die statistischen Aufstellungen *Hirschfelds*, nach denen 1—2 % aller Menschen homosexuell sein sollen, hält er für völlig verfehlt, aber es läßt sich nicht in Abrede stellen, daß die Zahl der Homosexuellen überaus groß ist; *A.* glaubt nicht zu weit zu gehen, wenn er behauptet, daß jeder der Anwesenden unter seinen Bekannten, ohne es zu wissen, einen oder den anderen Homosexuellen kenne, manchen sogar zu seinen Freunden rechne. Wer von zuverlässigen und glaubwürdigen Personen einmal eine Schilderung der Leiden angehört hat, die Homosexuelle infolge der Niederkämpfung ihres Geschlechtstriebes, der meist pathologisch verstärkt ist, durchzumachen haben, der peinlichen Lage, in die sie gesellschaftlich kommen, der dauernden Angst, als homosexuell erkannt zu werden, der wird nicht in dem Homosexuellen den verkommenen Wüstling sehen, sondern einen bemitleidenswerten Kranken. So lange allerdings nur, als er nur homosexuell f ü h l t, nicht sich homosexuell b e t ä t i g t. Und da behauptet *A.* auf Grund seiner Erfahrungen, daß die meisten Homosexuellen sich damit begnügen, sich gegenseitig zu küssen, zu umarmen, unter Umständen auch zu gegenseitiger Onanie kommen, daß aber der coitus in anum auch von den meisten Homosexuellen perhorresziert wird.

Die 3. Gruppe, die der Päderasten, ist dem Vortr. genau so widerlich, wie wohl allen Anwesenden; soweit sie nicht Homosexuelle sind oder sonst pathologisch, gehen sie den Arzt überhaupt nichts an.

Vortr. hat sich bemüht, die Vorurteile zu beseitigen, die einem Verständnis der Homosexualität hindernd im Wege stehen. Seine Stellung zu dem § 175 zu ändern, hat die Diskussion keinen Anlaß gegeben. Er kann sich auch heute nicht auf die Seite derer stellen, die eine Aufrechterhaltung des § 175 mit solcher Leidenschaft verteidigen, ebensowenig auf Seite derer, die den § 175 unter allen Umständen abgeschafft wissen wollen.

Gerade den letzteren aber, dem wissenschaftlich humanitären Komitee, glaubte Vortr. das Ergebnis seiner Untersuchungen entgegenhalten zu müssen, das darin gipfelt: Die Homosexualität ist keine angeborene Eigenschaft, sondern wird erworben, und zwar nur da, wo eine psychopathische Prädisposition den geeigneten Boden abgibt. Diese Auffassung ist für die strafrechtliche Behandlung von der allergrößten Bedeutung. Kann die Homosexualität erworben werden, so müssen wir unsere Jugendlichen vor der Gefahr schützen, durch männliche Personen in die Geheimnisse des Geschlechtslebens eingeweiht zu werden; deshalb muß das Schutzalter für die Jugendlichen erheblich erhöht werden. Geschieht das aber, so dürfen wir als Psychiater ruhig den § 175 fallen sehen. Wir haben keinen Anlaß, seine Beseitigung zu bedauern.

## Referat über impulsives Irresein.

1. *R. Foerster*-Bonn: Eine Durchsicht der Literatur lehrt, daß der Begriff der Impulsivität ein durchaus schwankender und unbestimmter ist. Die impulsive Handlung ist zudem für den einen ein Symptom, das bei den verschiedensten psychopathologischen Zuständen vorkommt, für den andern wieder das wesentliche Merkmal für eine bestimmte Psychose, das „impulsive Irresein". Wenn wir im Hinblick auf die bestehenden Widersprüche und Schwierigkeiten den Versuch machen wollen, der Lösung der schwebenden Fragen näher zu kommen, so wird es unerläßlich sein, zunächst die historische Entwicklung des Begriffs der „Folie impulsive" zu verfolgen, um dann erst zu der Darstellung der neueren Lehrbücher überzugehen. Nur so wird sich der gegenwärtige Stand der Frage präzisieren lassen. *Ziehen*[1]) hat uns hier in seiner kritischen Übersicht den Weg gewiesen, den wir auch im folgenden einschlagen werden. Er weist darauf hin, daß die Folie impulsive aus der alten Lehre von den Monomanien hervorgegangen ist. *Esquirol* sprach von einer Monomanie homicide ohne intellektuellen oder moralischen Defekt, bei der eine blinde, unwiderstehliche „impulsion" ohne Überlegung und ohne Motivierung den Kranken hinreiße. *Pinel* nannte diese Monomanie instinc-

[1]) Neuere Arbeiten über pathologische Unzurechnungsfähigkeit. Monatsschr. f. Psych. und Neurol. Bd. XI. Der Schluß der Abhandlung ist meines Wissens bisher nicht erschienen.

tive *Esquirols* Manie sans délire und nahm an, daß bei ihr nur die affektiven Vorgänge gestört seien. Unter dieser Flagge der Monomanie instinctive wurden damals die verschiedenartigsten Fälle publiziert, die klinisch der Epilepsie, Hysterie, Melancholie, Imbezillität, Paralyse, den Zwangsvorstellungen u. dergl. zuzurechnen sind. Nachdem nun *Prichard* das Krankheitsbild der Moral insanity aufgestellt hatte mit der Definition, daß es sich hierbei um eine krankhafte Verkehrung der Affekte und Triebe ohne wesentlichen Intelligenzdefekt und ohne eine anderweitige Denkstörung handle, wurde das moralische Irresein mit der Monomanie instinctive zusammengeworfen, und schließlich kam noch die sog. Folie oder Manie raisonannte als Dritte im Bunde hinzu.

Während *Esquirol* das Fehlen von Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen bei der Monomanie betont hatte, rechnete man nun auch solche Fälle dazu, in denen Halluzinationen die impulsiven Handlungen veranlaßt hatten.

Erst im Verlauf vieler Jahrzehnte konnte die Lehre von den Monomanien im alten Sinne zu Fall gebracht werden, und zwar gelangte man bei zunehmender Kritik zunächst zu der Überzeugung, daß man die Existenz einer zirkumskripten Erkrankung der Willenskraft bestreiten müsse, und daß es keine Psychose geben könne, die sich lediglich in verkehrten Handlungen äußern solle. Mit dem genaueren Studium und der besseren Kenntnis klinischer Krankheitsformen bröckelte mehr und mehr von dem ehemals so stolzen Gebäude der Monomanien ab; man eliminierte die Affektstörungen, die durch geistige Schwäche charakterisierten Zustände, ferner die Epilepsie und Hysterie. Einen bemerkenswerten Fortschritt bedeutet die Erforschung der Zwangshandlungen und ihre Abtrennung von den impulsiven.

Wie stellen sich nun auf Grund der Vorarbeiten früherer Zeiten die neueren Lehrbücher zur Frage des impulsiven Irreseins? Nach *Emminghaus* sind krankhafte Impulse eigentümliche psychische Prozesse, welche sozusagen innerlich vernommene Vorschläge zur Vollführung gewisser unmotivierter, verkehrter oder den Sittengesetzen geradezu widerstrebender Handlungen zum Bewußtsein bringen. Diese psychischen Lebenserscheinungen werden heute in den Wortbegriffen: impulsives oder instinktives Irresein zusammengefaßt. Solche Aktionen kommen bei vielen psychischen Störungen vor, vorzugsweise bei epileptischen und hysterischen Zuständen sowie bei schwerer erblicher Belastung und beim moralischen Irresein. *Schüle* handelt die impulsiven Akte beim hereditären Irresein ab und meint, sie hätten alle das Gemeinsame, daß sie auf einer angeborenen oder erworbenen neuropathischen Grundlage beruhen; niemals aber kämen sie als isolierte Symptome vor. Nur unter Miteinbeziehung eines allgemeinen psychischen Hirnleidens als Grundlage könne man von einem „impulsiven Irresein" reden. In ähnlichem Sinne äußert sich *Kirchhoff*.

*Gauster* (in *Maschkas* Handb. d. ger. Medizin) will nicht nur den einzelnen impulsiven Akt, den er übrigens nicht streng von den Zwangsvorgängen scheidet, sondern den ganzen Symptomenkomplex, den man als impulsives Irresein bezeichnet, als Teilerscheinung einer Psychopathie betrachtet wissen; man müsse bei der Diagnosenstellung stets jene psychische Erkrankung anführen, bei der jeweilig die Symptome des impulsiven Irreseins in Erscheinung treten. Die Beurteilung werde um so schwerer, je isolierter bisher solche impulsive Akte an den Untersuchten beobachtet wurden. Bei *Scholz* ist von einem triebhaften periodischen Irresein die Rede, wozu er die Dipsomanie rechnet; ferner wird das Triebartige in den Handlungen der moralisch Irrsinnigen erwähnt mit der Bemerkung, daß die meisten der früheren sog. Monomanien nichts anderes seien, als Erscheinungsformen des als Moral insanity sich kennzeichnenden Schwachsinns. Nach *Pilcz* ist das für die Impulsivität Charakteristische der durch keine Willensanstrengung und Überlegung zu bekämpfende unwiderstehliche Zwang. Der Versuch, dem Antrieb zu widerstehen, führe Unlustgefühle, Angstempfindungen herbei. Forensisch müsse der Nachweis des Motivlosen, des Zwangsmäßigen gelingen. Die mit einer gewissen Periodizität einhergehenden Fälle erörtert der Autor unter dem Namen der „periodischen Monomanien". *Cramer* trennt in seinem Lehrbuch der gerichtlichen Psychiatrie die impulsiven Handlungen nicht besonders von den aus Zwangsvorstellungen resultierenden, bei denen aber der Patient sich des Krankhaften der Erscheinung wohl bewußt ist. Die Zwangstriebe, Kleptomanie u. ähnl. werden bei den Zwangszuständen abgehandelt; daß letztere ganz isoliert ohne jede andere Störung auftreten, wird nach der Ansicht des Autors so gut wie gar nicht beobachtet. Nach *Krafft-Ebing* hat der impulsive Akt als solcher nur die Bedeutung eines Einzelsymptoms, das die Vermutung eines degenerativen psychischen Zustandes hervorruft. In dem Nachweis eines solchen liege der Schwerpunkt der klinisch-forensischen Expertise. Zu den degenerativen Zuständen rechnet der Autor die erblichen, im Gewand hysterischer und epileptischer Neurose auftretenden Fälle, dann die durch Potus, Onanie, Trauma capitis erworbenen. *Delbrück* erwähnt die impulsiven Zustände nur sehr kurz und betrachtet sie als eine Erscheinung des Entartungsirreseins. In dem neuen Lehrbuch von *Binswanger* und *Siemerling* wird ein impulsives Irresein als besondere Form nicht aufgeführt.

*Wernicke* spricht von impulsiven Handlungen, die durch Phoneme veranlaßt sind, und beschreibt dann solche, deren hyperkinetische Entstehungsweise nach Auskunft der Kranken unzweifelhaft sei, aber auch aus dem Zusammenhang der ganzen Krankheit herzuleiten sei. Nach Anführung eines Falles fährt er dann fort: „In diesem Falle zeigten die impulsiven Handlungen ebenso wie die Sprachbewegungen (Koprolalie) deutlich ihren Ursprung als unter krankhaftem Reiz entstehende Ziel-

vorstellungen... Wir werden gut tun, nur derartige psychomotorisch bedingte Handlungen als impulsive zu unterscheiden.... Besonders kennzeichnend aber ist für diese impulsiven Handlungen die Zugehörigkeit zum Verlauf einer ausgeprägten Psychose." Wie *Ziehen* mit Recht betont, läßt sich aus den Ausführungen von *Wernicke* nicht mit Sicherheit entnehmen, ob er die Existenz einer ausschließlich durch impulsive Handlungen gekennzeichneten Psychose anerkennt.

Ausführlicher behandeln unser Thema *Kraepelin* und *Hoche*. *Kraepelin* faßt unter der vorläufigen Bezeichnung des impulsiven Irreseins alle diejenigen Formen des Entartungsirreseins zusammen, denen die Entwicklung krankhafter Neigungen und Triebe eigentümlich ist. Der Kranke handelt ohne klaren Beweggrund, einfach weil er den unwiderstehlichen Antrieb in sich fühlt, zu handeln. Wichtig sind die in einer bestimmten einseitigen Richtung entwickelten Antriebe, unter denen der Verfasser insbesondere den Wandertrieb, die Neigung zu Brandstiftung, Diebstählen und den Antrieb, zu verletzen oder zu töten, hervorhebt. Nach seiner Auffassung findet sich in schwereren Fällen meist ein höherer oder geringerer Grad von Schwachsinn; auch bei leichteren sei wohl selten ein Zurückbleiben der gesamten geistigen Ausbildung zu vermissen, besonders auf gemütlichem Gebiete. Die klinischen Erscheinungen des impulsiven Irreseins treten oft in den Entwicklungsjahren hervor. Man soll nach den Worten *Kraepelins* nur da impulsives Irresein annehmen, wo wirklich der triebartige Ursprung des Handelns ohne klares, vernünftiges Ziel deutlich hervortritt, und wo auch sonst die Anzeichen einer krankhaften Veranlagung im Seelenleben erkennbar sind.

Für *Hoche* sind die impulsiven Aktionen identisch mit Triebhandlungen; sie kommen vor bei Bewußtseinstrübung, beim Bestehen abnormer Gefühle und Stimmungen neben gleichzeitiger intellektueller Schwäche, bei manchen Psychosen und bei den sog. Entarteten. Steht bei den Entarteten das impulsive Handeln beherrschend im Vordergrunde, so spreche man auch wohl von impulsivem Irresein. Die impulsive Handlung müsse von der Zwangshandlung wohl unterschieden werden; die letztere sei gekennzeichnet durch das Gefühl des wider Willen und besseres Wissen Gezwungenwerdens, es finde ein schmerzhafter Kampf der Motive mit zweifelhaftem Ausgange statt, während bei der Impulsion der Trieb zur Handlung führe, ehe Gegenmotive wach geworden, manchmal unter Angstempfindungen, die nach der Tat schwinden, andere Male von vornherein mit dem Gefühl der Befriedigung. Die klinische Untersuchung, schließt *Hoche*, hat die krankhaften Wurzeln der impulsiven Handlungen in der Gesamtpersönlichkeit zu zeigen. Auffallendes bei der Tat selbst, Sinnwidrigkeit, Mangel an späterer Reue u. dergl. gibt an sich keinen sicheren Beweis für eine geistige Anomalie, zunächst nur die Aufforderung zur Prüfung des Geisteszustandes des Täters.

Was die in französischen Lehrbüchern und Aufsätzen vertretenen Ansichten angeht, so muß ich mich bei der Fülle des vorliegenden Materials kurz fassen und werde mich mit der Wiedergabe einiger Proben begnügen. *Ball* rechnet außer impulsiven Handlungen, die durch Halluzinationen u. dergl. bedingt sind, Symptome der moral insanity hierher. Ferner erkennt er ausdrücklich im Sinne der alten Lehre besondere Impulsionen an, die er übrigens von den Zwangsvorstellungen nicht scharf unterscheidet. *Dagonet* und *Duhamel* unterscheiden zwischen transitorischen impulsiven Akten und dauernden Impulsionen. Das Vorkommen einer Psychose, deren wesentliches, vorherrschendes und pathognomonisches Symptom primäre Impulsionen sind, wird anerkannt; sie wird als Folie morale impulsive bezeichnet und mit der Monomanie instinctive von *Esquirol* ausdrücklich identifiziert. Für *Magnan* fallen alle primären Impulsionen in das Gebiet der Folie des dégénérés.

Eine große Verwirrung entsteht noch dadurch, daß oft abwechselnd bei den Franzosen die Bezeichnungen „impulsion" und „obsession" gebraucht werden, während doch der Ausdruck „obsession" lediglich für die mit Krankheitsbewußtsein einhergehenden Fälle, also für die Zwangsvorstellungen, reserviert sein sollte. In dem großen Sammelwerk von *Ballet* und in dem kleinen Handbuch von *Rogues de Fursac* werden die impulsiven Handlungen als „obsessions impulsives" unter den konstitutionellen Psychopathien abgehandelt, und zwar mit ziemlich starkem Anklang an die Lehre von *Esquirol*; Dipsomanie, Kleptomanie, Pyromanie, Mordneigung, Onomatomanie werden völlig gesondert besprochen. Insbesondere sei noch auf den Aufsatz von *Bourdin*[1]) „De l'impulsion" verwiesen, in welchem der Verfasser bewußte, unbewußte Impulsionen, Pseudo-Impulsionen und Mischformen unterscheidet. Die Impulsion ist nach seiner Darstellung stets Teilerscheinung eines anderweitigen krankhaften Geisteszustandes; von den obsessions wird nicht streng geschieden.

In dem englischen Lehrbuch von *Savage* finden sich keine bemerkenswerten Ausführungen.

*Geill*[2]) kommt in einer skandinavischen Arbeit zu dem Schluß, daß ein eigentlicher impulsiver Wahnsinn nicht existiere. —

*Ziehen* glaubt nun, daß man auf Grund der historischen Weiterentwicklung des Begriffs und im Hinblick auf die heutige Literatur die impulsive Handlung im engeren Sinn als eine solche definieren kann, welche ohne Motivierung durch normale oder pathologische Affekte, Empfindungen oder Vorstellungsreihen und insofern zwangsmäßig, aber ohne ein begleitendes Bewußtsein ihrer Krankhaftigkeit auftrete und eine intakte Erinnerung und ein normales retrospektives Krank-

[1]) Annal. méd. psychol., 1896.

[2]) Refer. im Zentralbl. f. Nervenh. u. Psych. 1895, S. 265.

heitsbewußtsein hinterlasse. *Rauschke*[1]) fügt in seiner später veröffentlichten Publikation aus der Charité zu dieser Definition noch hinzu, daß *Ziehen* als impulsive Handlungen jetzt solche aufgefaßt wissen wolle, bei denen das Spiel der Motive ausgeblieben sei. —

Im Rückblick auf das bisher Gesagte drängt sich uns nun die schon früher aufgeworfenen Frage auf, ob denn trotz all dieser Entblätterungen und Beschneidungen die Folie impulsive noch zu Recht bestehen bleibt, und ob es in der Tat noch krankhafte „impulsive" Handlungen gibt, welche keinem der zurzeit bekannten psychotischen Zustände angehören und infolgedessen als Ausfluß des impulsiven Irreseins als eines psychiatrisch feststehenden Krankheitsbegriffes angesehen werden müssen.

Die Durchsicht der Literatur und insbesondere der mir zugänglichen, nicht geringen Kasuistik, auf die ich hier im Rahmen des gedrängten Referates nicht eingehen kann, zwingt jedenfalls nicht dazu, das impulsive Irresein als eine besondere Form aufzufassen. Handelt es sich um gut beobachtete und genau durchgearbeitete Fälle, so läßt sich in der Regel das Vorliegen eines Grundzustandes nachweisen, in dessen Symptomatologie die Impulsivität eine mehr weniger augenfällige Rolle spielt. Es handelt sich dabei sehr häufig um epileptische und epileptoide Zustände, um ein hysterisches, imbezilles Individuum oder um eine auch in anderen Zügen hervortretende Entartung; auch ist nicht so selten der Alkohol mit im Spiele. Daß Zwangsvorgänge und andere psychotische Zustände zu Täuschungen Anlaß geben können, ist bereits hervorgehoben worden. Sogar die Autoren, welche das impulsive Irresein gesondert besprechen, drücken sich recht vorsichtig und reserviert aus, So rechnet *Kraepelin* diese Fälle zu dem vielgestaltigen Entartungsirresein und nennt das impulsive Irresein ausdrücklich nur eine „vorläufige" Bezeichnung. Er vermißt auch bei den leichten Fällen selten ein Zurückbleiben der gesamten geistigen Ausbildung, besonders auf gemütlichem Gebiete. Auch werden sich möglicherweise, meint er weiter, später noch manche Beobachtungen als zur Epilepsie gehörig erweisen, und schließlich verlangt er selbst, daß beim impulsiven Irresein auch sonst Anzeichen einer krankhaften Veranlagung im Seelenleben oder anderweitige krankhafte Symptome erkennbar sind.

Auch *Rauschke* kommt bei der Diagnose des in seinem oben zitierten Aufsatze über impulsives Irresein mitgeteilten Falle von impulsivem Fortlaufen eines Soldaten zu dem Schluß, daß man sich auf die Bezeichnung „impulsive Handlungen auf dem Boden der Debilität" beschränken müsse.

---

[1]) Über impulsives Irresein. Charité-Annalen, XXX. Jahrgang.

*Heilbronner*[1]) gibt zwar die Möglichkeit zu, daß Fälle vorkommen mögen, in denen das Weglaufen tatsächlich impulsiv im engsten Sinne erfolgt, meint aber, die Zahl der Fälle könne nur sehr gering sein; in einer recht großen Zahl seiner Fälle ist es ihm aber gelungen, ganz zufällige, äußere Umstände als auslösende Momente für die Verstimmungen und des weiteren für die Wanderungen zu eruieren. Ebenso wird in dem von *Ziehen* selbst mitgeteilten Falle betont, daß in den einzelnen Anfällen von Fortlaufen ein auslösender motivierender Affekt nachweisbar ist. Also auch hier finden sich psychische Ausnahmezustände, wie Verstimmungen und Affekte, die uns das psychologische Zustandekommen der impulsiven Handlungen nicht mehr so rätselhaft erscheinen lassen und doch auch eine Motivierung nicht vermissen lassen.

Immerhin wird vorläufig noch eine gewisse Anzahl von impulsiven Handlungen unerklärlich und unverständlich bleiben. Aber das dürfte mit der Unvollkommenheit unserer psychiatrischen Diagnostik zusammenhängen, die es nicht ermöglicht, alle Fälle von abnormen Seelenerscheinungen restlos nach einem bestimmten Klassifikationsschema zu rubrizieren. Zudem führen auch fließende Übergänge in das Gebiet eigenartiger, triebähnlicher Handlungen beim anscheinend Geistesgesunden.

In diesem Zusammenhang sind noch gewisse, nicht selten periodisch auftretende Aktionen Jugendlicher anzuführen, „deren Grausamkeit und Gefährlichkeit im Mißverhältnis zu der ganzen geistigen Entwickelung des Täters steht". Bevorzugt sind hierbei vielfach weibliche Individuen um die Zeit der Pubertätsentwicklung. *Wilmanns*[2]) hat unlängst einen einschlägigen Fall eingehend analysiert. Es handelt sich um ein Mädchen von 14 Jahren, das bei einem Arzte als Kindermädchen im Dienst war und eines Tages ganz plötzlich das ihr anvertraute $1^3/_4$ jährige Kind zu erwürgen versuchte. Die Beobachtung ergab, daß das Mädchen zurzeit nicht geisteskrank war und eine ihrem Alter entsprechende normale geistige und gemütliche Veranlagung zeigte. Das unerklärliche Verbrechen stand, wie sich aus den Zeugenaussagen und der eigenen Beobachtung ergab, im schroffsten Gegensatz zu dem inneren Wesen der Angeklagten. *W.* hält die Angaben der Täterin, sie habe das Verbrechen aus H e i m w e h verübt, für glaubwürdig und glaubt hierin einen Schlüssel zum Verständnis der Straftat zu finden.

Der Herr Korreferent wird im zweiten Teile dieses Referates bei der Besprechung der Zustände, die ein impulsives Irresein vortäuschen können, sich mit der zuletzt angeführten Gruppe von Fällen noch näher befassen. Und so wäre ich am Schlusse meiner Ausführungen angelangt.

Fassen wir noch einmal kurz zusammen, so wäre das Ergebnis folgendes: D i e A n n a h m e e i n e s i m p u l s i v e n I r r e s e i n s a l s

[1]) Jahrb. f. Psych. u. Neurol., Bd. XXIII.

[2]) Heimweh oder impulsives Irresein? Monatsschr. f. Kriminalpsychologie. III. Jahrg.

selbständige Form läßt sich nicht hinreichend rechtfertigen; die Impulsivität ist vielmehr ein Symptom, das bei den verschiedensten Krankheitsgruppen vorkommen kann.

2. Korreferent *Aschaffenburg*-Köln führt aus, daß ihm infolge der Darstellung durch Kollegen *Foerster* wenig mehr zu sagen übrig bliebe. Aus der sorgfältigen Übersicht über den derzeitigen Stand der Frage, den *Foerster* gegeben habe, gehe hervor, daß man bei uns in Deutschland das impulsive Irresein als selbständige Form im allgemeinen fallen gelassen habe. *A.* hat sich auf Grund der Beschreibungen anderer ebensowenig wie durch das Studium selbstbeobachteter Fälle davon überzeugen können, daß wir berechtigt sind, von dem inpulsiven Irresein als einer Krankheit zu sprechen. Wenn *Ziehen* dahin Handlungen rechne, die ohne Motivierung durch normale oder pathologische Affekte, Empfindungen oder Vorstellungsreihen auftreten, so meint *A.*, derartige Handlungen gebe es wohl schwerlich. Denn jede Handlung müsse irgendwie bedingt sein. Es sei wohl auch anzunehmen, daß *Ziehen* das gleiche meint wie *Kraepelin*, der von Handlungen ohne „klaren Beweggrund" spricht. Am klarsten ist vielfach die Definition *Hoches*: „Der auftauchende Trieb führt zu Handlungen, ehe Gegenmotive wach geworden sind, manchmal unter Angstempfindungen, die nach der Tat schwinden, andere Male von vornherein mit dem Gefühl der Befriedigung." Aus allen diesen Definitionen geht aber hervor, daß die Autoren mehr von einem Symptom als von einer Krankheit sprechen, und so möchte Vortr. auch das impulsive Irresein aufgefaßt haben. Seiner Ansicht nach ist es eine Krankheitserscheinung, die den verschiedensten Krankheitsformen angehört. Zu diesen Krankheiten, die ein impulsives Irresein vortäuschen, gehören:

1. die Zwangsneurosen, insbesondere die Tics. Für die Zwangshandlungen gilt vielfach die Beschreibung, die *Hoche* gegeben hat; insbesondere empfinden viele derartige Kranke lebhafte Angstempfindungen, die von einem Gefühl der Befreiung, vielfach geradezu der Befriedigung abgelöst werden, sobald wie der Kranke dem Zwangsimpulse nachgegeben hat. Vortr. nimmt davon Abstand, bei dieser Gelegenheit auf seine Auffassung von der Bedeutung der Affekte für das Zustandekommen des Zwangsdenkens und der Zwangsimpulse einzugehen, betont aber ausdrücklich, daß er sich mehr und mehr von der *Westphal*schen Auffassung entfernt habe.

Eine 2. Gruppe der impulsiven Irren gehört der Hysterie an. Unter diesen mächte *A.* besonders hinweisen auf die hysterischen Warenhausdiebinnen, die durchaus den Typus des impulsiven Handelns tragen, bei denen man aber unbedingt der Grundkrankheit das Hauptgewicht beilegen muß.

3. Unter den impulsiven Handlungen werden nicht wenige von Epileptikern ausgeführt. Nach der Auffassung *A.*s handelt es

sich bei einem ganz erheblichen Anteil exhibitionistischer, zum Teil auch sadistischer und sonstiger sexueller Delikte, die periodisch zwangsweise begangen werden, um epileptische oder epileptoide Zustände. In gleicher Weise, wie das für die Dipsomanie jetzt wohl ziemlich allgemein anerkannt ist, treten primäre Angstempfindungen auf, die zum Teil unmittelbar mit sexuellen Impulsen einhergehen, zum Teil erst im Laufe des Zustandes in die sexuelle Richtung geraten. Sehr häufig kommen die sexuellen Vorstellungen erst dann zum Vorschein, wenn der Alkoholgenuß hinzukommt und den epileptischen Zustand verschlimmert und vertieft hat. Mit der Aufzählung der Sittlichkeitsverbrechen ist aber die Wirksamkeit des Alkohols nicht genügend gekennzeichnet. Sehr viele in epileptischen Zuständen begangene Brandstiftungen, Fälle von Fahnenflucht, unmotivierte oder nur unzulänglich begründete plötzliche Angriffe lassen sich durch den unheilvollen Einfluß des Alkohols auf epileptische Zustände erklären.

4. Wieweit die degenerativen Zustände mit impulsiven Handlungen einhergehen, ergibt sich schon aus der nahen Verwandtschaft zur Zwangsneurose und zur Hysterie. Vortr. möchte vor der uferlosen Ausdehnung des Begriffs „Degeneratives Irresein" warnen; er beschränkt für sich persönlich diese Bezeichnung auf die degenerativen Zustände, die nicht den Charakter einer akuten Psychose tragen, sondern eine Konstitutionsanomalie mit degenerativen Zügen darstellen. Zweifellos kommen gerade bei den innerhalb des Grenzgebietes zwischen geistiger Gesundheit und ausgeprägter Geisteskrankheit liegenden Entartungszuständen nicht ganz selten impulsive Handlungen vor. Eine undefinierbare Angst geht den Handlungen voraus, deren Ausführung vielfach beruhigend wirkt, zuweilen sogar ein Wohlgefühl auslöst. Diese Zustände verdienen wohl noch besondere Betrachtung, doch glaubt der Referent annehmen zu müssen, daß auch in diesen Fällen die impulsive Handlung nur Symptom, nicht die Krankheit selbst darstellt.

5. Als letzte Gruppe endlich sind die Schwachsinnigen zu erwähnen. Hier greift Vortr. zurück auf die Erfahrung, die er im Gefängnis gemacht hat; auf all die eigentümlichen Kinder, die, um sich zu rächen, aus Heimweh, um aus der Stelle zu kommen, Brandstiftungen begehen oder die ihrer Pflege anvertrauten Kinder zu vergiften, zu erdrosseln oder zu ertränken versuchen. *Wilmanns* hat im Anschluß an einen derartigen Fall von neuem die Frage des impulsiven Irreseins zur Diskussion gestellt (Monatsschrift für Kriminalpsychologie III, 136). Ich habe in dem Falle, den ich selbst zu untersuchen Gelegenheit hatte, mich nicht davon überzeugen können, daß das Kind nicht schwachsinnig ist. Der Maßstab der Kenntnisse ist zur Beurteilung ungenügend. Wichtiger ist die Art, wie sich solche Personen in der Welt zurechtfinden. Da läßt sich zweifellos bei den meisten dieser jugendlichen Übeltäter eine überraschende Kurzsichtigkeit im Denken feststellen. Sie übersehen die naheliegendsten

Wege, und so kann es kommen, daß, statt einfach den Dienst zu verlassen, sie durch einen Mord das Entlassenwerden erzwingen wollen, daß sie, um sich wegen einer harmlosen Neckerei zu rächen, große Brände legen. Vielleicht spielt hier auch noch eine andere Erscheinung mit, die Freude an großen Ereignissen. Die spielerische Neigung solcher Kinder, das Entstehen von Bränden zu beobachten, zuzusehen, wie ein Eisenbahnzug entgleist, ist nicht so sehr bedingt durch die Sucht, irgend jemand zu Schaden zu bringen, die oft völlig fehlt. Es ist weit mehr die Vorstellung, sich als den Urheber großer Ereignisse zu wissen, deren Tragweite überhaupt gar nicht ermessen, deren Folgerungen nicht Gegenstand der Überlegung werden. Solche Handlungen machen dann nach außen gerade durch den Mangel einer ausreichenden Motivierung den Eindruck des Impulsiven, ohne es aber in Wirklichkeit zu sein.

Vortr. faßt seine Ausführungen dahin zusammen:

Auch ihm scheint die Aufstellung einer eigenen Gruppe des impulsiven Irreseins nicht hinlänglich begründet. Er betrachtet mit *Foerster* impulsive Handlungen als ein Symptom, das allen möglichen Krankheitsformen angehören kann, nicht aber eine eigene Krankheitsform darstellt.

*R. Foerster*-Bonn: Über das Wassermann-Plautsche Verfahren der Serodiagnostik bei syphilidogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems.

Durch die Versuche von *Wassermann*, *Plaut* und anderen Forschern (*Neisser*, *Bruck*, *Schucht*, *Schütze*, *Marie*, *Levaditi*, *Morgenroth*, *Stertz*, *G. Meier*), welche auf dem Wege der Komplementablenkung in der Cerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern luische Antistoffe nachweisen konnten, ist die Lösung der soviel diskutierten Frage nach der Ätiologie von Paralyse und Tabes in ungeahnter Weise gefördert worden. Mit dem weiteren Ausbau und der Vervollkommnung des zurzeit noch recht komplizierten Verfahrens sind die Serologen eifrig beschäftigt. Sache des Psychiaters und Neurologen aber ist die klinische Bewertung der luischen Serodiagnostik und ihre Nutzbarmachung bei der Diagnose und dem Studium der syphilidogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems.

Vortr. skizziert zunächst die Vorarbeiten und Erwägungen, welche zu der Methode geführt haben (*Bordet*), um dann zur Beschreibung des Verfahrens selbst überzugehen, wie er es im *Wassermann*schen Laboratorium kennen zu lernen Gelegenheit hatte. Zur Ausführung der Reaktion gehören folgende Substanzen, die in bestimmten Mengen zusammengebracht werden: a) das luische Antigen, d. h. der Infektionsstoff (Extrakt aus der Leber eines luischen Fötus), b) das den gesuchten Antikörper, d. h. Reaktionsprodukt des Organismus, enthaltende Substrat (z. B. Cerebrospinalflüssigkeit oder Blutserum eines Paralytikers),

c) das Komplement (frisches, normales Meerschweinchenserum), d) der hämolytische Amboceptor (eine halbe Stunde lang auf 56° erhitztes Serum eines vorher mit Injektionen von Hammelblutkörperchen behandelten Kaninchens), e) ausgewaschene rote Hammelblutkörperchen. Das Serum eines mit Blutkörperchen des Hammels behandelten Kaninchens hat nämlich die Fähigkeit, Hammelblutkörperchen intensiv aufzulösen. Es verliert diese Eigenschaft, wenn man es nach der Entnahme inaktiviert, d. h. für eine halbe Stunde auf 56° erhitzt, gewinnt sie aber sofort wieder, sobald man frisches, normales Serum (Komplement) eines anderen Tieres, in unserem Falle des Meerschweinchens, hinzusetzt. Ferner ist noch die Tatsache anzuführen, daß, wenn Antigen und der zugehörige Antikörper zusammentreten, das Komplement jedesmal mit in die Verbindung eingeht, wodurch die Hämolyse ausbleibt, weil eben freies Komplement nicht mehr vorhanden ist, das die Auflösung der Blutkörperchen herbeiführen könnte. Wenn also in dem oben angeführten Gemisch der fünf Komponenten die Hämolyse unterbleibt, so will das so viel sagen, daß in der Substanz b der zu dem in a enthaltenen Luesantigen passende Antistoff vorhanden ist. Für die Sicherheit der Resultate sind jedesmal verschiedene Kontrollen notwendig, insbesondere solche, welche dartun, daß unter Benutzung des gleichen hämolytischen Systems (d. i. Komplement, Amboceptor und rote Blutkörperchen), das selbst vorher ausprobiert werden muß, weder normales. Leberextrakt noch normale Lumbalflüssigkeit bzw. normales Serum bereits Komplementablenkung bewirken. Die Dauerhaftigkeit der Extrakte, auch des trockenen, ist übrigens eine ziemlich beschränkte.

Auf diese Weise konnten *Wassermann* und *Plaut* unter 54 Paralysefällen bei 41 in der Spinalflüssigkeit eine positive Reaktion nachweisen, während sich 8 zweifelhaft und 5 negativ verhielten. Bei Tabes fand *Schütze* in 12 Fällen 8 mal ein positives und 4 mal ein negatives Ergebnis. Nach *Marie* und *Levaditi* enthielten unter 39 Spinalflüssigkeiten von Paralytikern 29 luische Antistoffe. *Morgenroth* und *Stertz* erzielten bei 8 Paralysen jedesmal einen positiven Ausfall, bei den Versuchen von *G. Meier* war dies unter 39 Patienten 27 mal der Fall. Es stellte sich dann weiter heraus, daß das Blutserum von Paralytikern jedesmal positiv reagierte, auch denn, wenn die Untersuchung der zugehörigen Spinalflüssigkeit erfolglos verlaufen war. Es wird also fürderhin die Untersuchung des Serums niemals versäumt werden dürfen. Die Frage nach der Bildungsstätte der luischen Antikörper und ihrer Bedeutung bei der Entwicklung der Paralyse ist noch keineswegs geklärt. Es steht vorläufig nur so viel fest, „daß sich bei der Paralyse Prozesse abspielen, die zur Lues in Beziehung stehen". Eine eigentümliche Erscheinung ist es, daß bei Tabes und Lues cerebri die Reaktion häufiger negativ oder doch schwächer ausfällt als bei der Paralyse. Der

Eiweiß- und Lymphocytengehalt der Spinalflüssigkeit geht nach den bisherigen Erfahrungen mit dem Vorhandensein von Luesantistoff nicht immer Hand in Hand. Sehr erwünscht wären größere Versuchsreihen über einen eventuellen Wechsel des Gehalts von Antigen während der paralytischen Anfälle und im Verlaufe der Remissionen. — In diesem Zusammenhang ist noch die Präzipitinreaktion (*Fornet, Scherschewsky, Eisenzimmer* und *Rosenfeld*) zu erwähnen, welche leichter zu handhaben, aber anscheinend weniger zuverlässig ist.

*F.* geht nunmehr zu der Mitteilung eigener Fälle über, die sich bisher auf 27 belaufen. Die serologische Untersuchung wurde in dankenswertester Weise von seiten des *Wassermann*schen Laboratoriums ausgeführt.

Bei 14 Paralysen (10 mal wurde die Spinalflüssigkeit und 4 mal das Serum untersucht) war die Reaktion 9 mal positiv, einmal zweifelhaft und 4 mal negativ; die negativen Ergebnisse betrafen ausnahmlos Lumbalflüssigkeiten. In 6 Fällen, bei denen Eiweißgehalt und Lymphocytose festgestellt wurde, war das serologische Resultat 4 mal positiv, einmal fraglich und einmal negativ. Bei den oben angeführten Paralysen mit positivem Ausfall war die Lues nur viermal anamnestisch nachzuweisen; wiederum ein Beweis für die Unzuverlässigkeit der Luesanamnese bei Paralyse.

4 Kranke mit Lues cerebri boten 3 mal eine zweifelhafte und 1 mal eine schwach positive Reaktion dar; im letzten Falle bekam der Patient nach achtjährigem Bestehen der L. c. ein Gummi an der Stirne.

Positiv reagierte ferner die Spinalflüssigkeit eines 52jährigen Tabikers mit unsicherer Anamnese und das Serum bei 2 Fällen von kongenitaler Lues des Zentralnervensystems.

Endlich gab die Serodiagnostik bei einigen differentialdiagnostisch unsicheren Fällen (Hirntumor-Gummi bei einem Unfallkranken, Paralyse-Manie, Arteriosklerotische Geistesstörung-Paralyse, Paralyse-Encephalopathia saturnina) gleich von vornherein wertvolle Direktiven, deren Zuverlässigkeit sich im weiteren Verlaufe bestätigte.

Einige neuere Untersucher (*Marie* und *Levaditi, Weygandt, Weil*) berichten, daß normaler Organextrakt in höheren Dosen und Extrakte aus Tumoren unter Umständen gleichfalls Hemmung der Hämolyse bewirken. Sollten sich derartige Befunde noch weiter bestätigen[1]), so würden sie die theoretischen Erwägungen, welche sich ursprünglich an die Versuche knüpften, allerdings wesentlich modifizieren, der enorme prak-

[1]) Anm. bei der Korrektur: Die neuesten Arbeiten, welche zu dem gleichen Ergebnis gekommen sind, waren zur Zeit dieses Vortrags noch nicht erschienen.

ischeWert der Methode würde jedoch dadurch in keinerWeise eschmälert werden. Das Verfahren ist erst im Werden beriffen, und bei dem lebhaften Interesse, welches ihm allgemein entegengebracht wird, ist in nicht ferner Zeit wohl auf manchen Fortschritt u rechnen. Insbesondere wäre eine baldige Verringerung der erheblichen echnischen Schwierigkeiten, welche bisher die Versuche in Ermangelung ines eigens darauf eingerichteten Instituts direkt in Frage stellen, mit reuden zu begrüßen. —

Wegen vorgerückter Tagesstunde müssen die Vorträge von *Geller* nd *Schütte* für die nächste Tagesordnung zurückgestellt werden.

*Umpfenbach.*

# Kleinere Mitteilungen.

Die vom Deutschen Verein für Psychiatrie gewählte Kommission zur Wahrung der Standesinteressen (siehe Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 64, S. 473) trat am 3. Januar unter dem Vorsitze von *Siemens*-Lauenburg in Berlin zusammen und kam nach ausführlichen Referaten (Psych.-Neurol. Wochenschr., 9. Jahrg., Nr. 44 ff.) und eingehender Diskussion zu folgenden einstimmig beschlossenen Vorschlägen für die Jahresversammlung des Vereins:

I. Anstellungs- und Gehaltsverhältnisse.

a) Die Assistenzärzte sollen mit 1800 Mark Anfangsgehalt, jährlich um 200 Mark steigend, und freier Station angestellt werden. Eine frühere Dienstzeit an Kliniken, andern Anstalten und Krankenhäusern ist anzurechnen.

b) Nach drei Dienstjahren sind die Assistenzärzte, sofern sie sich zum Anstaltsdienst eignen, lebenslänglich anzustellen mit Pensionsrechten für sich und ihre Hinterbliebenen, mit Unfallentschädigung nach Analogie der preußischen Staatsbeamten, mit einem Mindestgehalt von 3600 Mark, steigend nach 3 Jahren auf 4200 Mark, alsdann dreijährig um je 500 Mark bis auf 7200 Mark Höchstgehalt, ferner mit freier Familienwohnung, Beheizung, Beleuchtung, Gartenbenutzung, freier ärztlicher Behandlung und Arznei für sich und ihre Familienmitglieder.

Assistenzärzten, welche sich zum Anstaltsdienst nicht eignen, soll möglichst frühzeitig eröffnet werden, daß sie auf eine definitive Anstellung nicht rechnen können.

c) Die lebenslängliche Anstellung nach dreijähriger Assistentenzeit soll im allgemeinen als Oberarzt angestrebt werden; im Hinblick auf die bestehenden regionären Verhältnisse und zutage getretenen Meinungsverschiedenheiten mag jedoch die Zwischenstufe des „Anstaltsarztes“ (ordentlicher Arzt, Abteilungsarzt) mit den unter b) aufgeführten Gehalts- und Nebenbezügen belassen werden; dem Anstaltsarzt muß aber nach einer bestimmten Dienstzeit das Aufrücken in eine Oberarztstelle garantiert werden. Das Anfangsgehalt des Oberarztes ist in jenen Anstalten mit der Zwischenstufe der „ordentlichen Ärzte“

oder „Anstaltsärzte" entsprechend höher als 3600 Mark zu normieren.

Bei dieser Gehaltsregulierung kann die Funktionszulage für den Direktorstellvertreter in Wegfall kommen, wodurch es ermöglicht ist, den älteren Oberärzten bei entsprechender Eignung abwechselnd die Stellvertretung des Direktors zu ihrer Ausbildung zu übertragen. Einem Einrosten und Stagnieren kann durch Versetzung innerhalb der Landesanstalten vorgebeugt werden.

d) Das Gehalt des Direktors soll in Anstalten bis zu 700 Kranken mindestens 6000 bis 9000 Mark, in den großen Anstalten 9000 bis 12 000 Mark nebst den freien Nebenbezügen nach b) betragen und in dreijährigen Zeiträumen um je 500 bis 600 Mark vom Anfangs- zum Höchstgehalt steigen.

e) Es ist wünschenswert, daß den verheirateten Ärzten in entlegenen Anstalten Erziehungszuschüsse zur Kindererziehung bewilligt werden.

II. Organisation des ärztlichen Dienstes.

In Anstalten mit einer Aufnahmeziffer bis 25% des Durchschnittsbestandes soll für je 100 Kranke eine Arztstelle exkl. Direktor vorhanden sein, in Anstalten mit höherer Aufnahmeziffer entsprechend mehr Arztstellen.

Die Kommandierung von Militärärzten zu öffentlichen Irrenanstalten ist anzustreben.

Den definitiv angestellten Ärzten soll bei der Krankenbehandlung möglichste Selbständigkeit eingeräumt werden und gewahrt bleiben, und es soll sich der Direktor ihnen gegenüber auf die Rolle des Konsiliarius beschränken.

An der Gutachtertätigkeit sollen alle Ärzte teilnehmen und auch Gelegenheit erhalten, Gutachten vor Gericht zu vertreten. Jedem Arzt soll die seine Abteilung oder seine Kranken betreffende eingehende Korrespondenz zugänglich gemacht werden. Verwaltungs- und allgemeine Angelegenheiten sollen möglichst in der ärztlichen Konferenz in Gegenwart aller Ärzte behandelt und erledigt werden.

III. Besondere medizinische Ausbildung, wissenschaftliche Fortbildung, geistige Anregung und Erholung.

Für die Beförderung zum Oberarzt wird die vorherige Ablegung der staatsärztlichen Prüfung (Kreisarztexamen, Physikatsexamen) als wünschenswert erachtet.

Außer in der Psychiatrie soll möglichst jeder Oberarzt und ältere Anstaltsarzt in einem Spezialfach der Medizin besonders ausgebildet sein (innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie usw.). Diese spezialistische

Ausbildung ist nur dann als vollendet zu betrachten, wenn sie mindestens 1 bis 2 Jahre gedauert hat. Sofern sie nicht vor dem Eintritt in den Anstaltsdienst erlangt wurde, ist es Sache der zuständigen Landes-, Provinzial-, Kreis- oder Kommunalbehörden, die Kosten einer solchen spezialistischen Ausbildung zu tragen.

In jeder Anstalt sind hinreichende Mittel zur Teilnahme der Ärzte an Fortbildungskursen und wissenschaftlichen Versammlungen, zu Studienreisen und zur spezialistischen Aus- und Fortbildung von Anstaltsärzten, sowie für ärztliche Bibliothek und Laboratorium auszuwerfen.

In größeren Anstalten soll ein eigener pathologischer Anatom angestellt werden. Überall aber soll in den Anstalten für einen regen wissenschaftlichen Betrieb (Referatabende, Laboratoriumsarbeiten usw.) Sorge getragen werden.

Der Ärzteaustausch zwischen Anstalten und psychiatrischen Kliniken ist anzustreben.

Es ist empfehlenswert, die jährlichen Fortbildungskurse hier und da auch an kleineren Universitäten abzuhalten.

Jedem Arzt soll nicht nur durch Einrichtung eines ärztlichen Tagesdienstes, sondern auch durch die Gewährung freier Tage und eines jährlichen längeren Urlaubes hinreichende Gelegenheit zur Erholung und geistigen Anregung gegeben werden.

---

Vom 3. bis 6. August d. J. wird an der Universität Gießen ein Kurs abgehalten über angeborene Anlage und Familienforschung samt ihren Beziehungen zur Genealogie einerseits, zu den naturwissenschaftlichen Erfahrungen im Gebiete der körperlichen Medizin, der Entwicklungsgeschichte, der Botanik und Zoologie andererseits. Professor *Sommer* und Professor *Dannemann* werden die Darstellung der angeborenen Anlage im Gebiete der normalen Psychologie, Psychopathologie und Kriminalpsychologie, Dr. *Kekule von Stradonitz*-Lichterfelde den genealogischen Teil übernehmen. Professor *Strahl* wird über die Keimzellen und ihre Entwicklung, Professor *Hansen* über Variation, Vererbung und Artenbildung bei den Pflanzen, Professor *Martin* über die Entwicklung und Züchtung von Tierarten unterrichten. Weitere Vorlesungen werden die Vererbung körperlicher Krankheiten betreffen. Es handelt sich also um eine konzentrische Bearbeitung der sozial grundlegenden Erscheinung der Familie in naturwissenschaftlichem Sinne durch Sachverständige aus den einzelnen Teilgebieten. Als Teilnehmer des Kurses sind in erster Linie Ärzte, Lehrer, Juristen, auch Geistliche, sodann aber auch sonstige Gebildete gedacht. Zur Deckung der Kosten wird eine Gebühr von 20 Mark erhoben werden. Vorläufige Anmeldungen ohne bindende Verpflichtung an Professor *Dannemann* in Gießen, Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, erbeten.

---

Der Deutsche Verein für Psychiatrie gedenkt auch in diesem Jahre einen Fortbildungskurs für Psychiater zu veranstalten, der vom 8. bis 28. Oktober in Berlin stattfinden soll. Es werden höchstens 30 Teilnehmer zugelassen, und zwar zunächst diejenigen, welche von ihren Behörden bis zum 1. Mai angemeldet sind. Nur wenn hierdurch die zulässige Zahl nicht erreicht wird, können andere Meldungen berücksichtigt werden.

Der Beitrag jedes Teilnehmers zu den Honoraren und sonstigen Unkosten stellt sich auf 80 M.

Ähnlich wie im vorigen Jahre sind in Aussicht genommen:

für Nervenheilkunde 20 Stunden,
für Hygiene 20 Stunden,
für pathologische Anatomie 16 Stunden,
für Chirurgie 14 Stunden,
für innere Medizin 12 Stunden.

Die Psychiatrie ist auch diesmal nicht berücksichtigt, weil der Verein mit der Einrichtung der Kurse zunächst den Zweck verfolgt, die Teilnehmer mit neueren wissenschaftlichen Ergebnissen und Methoden auf den Gebieten der Medizin vertraut zu machen, die zu ihrer Berufstätigkeit in Beziehung stehen, jedoch ohne besondere Vorkehrungen nicht zugänglich sind. Eine weitergehende Ausbildung im eigenen Fache fügt sich in den Rahmen dieser Kurse nicht wohl ein [1]).

Anmeldungen und etwaige Anfragen werden erbeten an Sanitätsrat Dr. *Hans Laehr* in Schweizerhof zu Zehlendorf (Wannseebahn).

Der Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie.

---

Psychiatrischer Fortbildungskurs in München vom 9. bis einschließlich 28. November 1908:

1. *Kraepelin*, Klinische und forensische Demonstrationen, 24 Stunden,
2. *Alzheimer*, Normale und pathologische Histologie der Hirnrinde, 20 Stunden.
3. *Gudden*, Hirnanatomie, 6 Stunden.
4. *Specht*, Klinische Experimentalpsychologie, 8 Stunden.
5. *Specht*, Kriminalpsychologie, 8 Stunden.
6. *Kattwinkel*, Neurologische Demonstrationen, 9 Stunden.
7. *Weiler*, Physikalisch-klinische Untersuchungsmethoden, 7 Stunden.
8. *Plaut*, Cyto- und Serodiagnostik, 6 Stunden.
9. *Rüdin*, Tatsachen und Probleme der Entartung, 6 Stunden.
10. *Isserlin*, Psychotherapie und Psychodiagnostik, 6 Stunden.

Besichtigung von Anstalten.

---

[1]) Diesem Zweck dienen z. B. die an der Münchener Psychiatrischen Klinik vom 9. bis 28. November abzuhaltenden Kurse.

Honorar 60 M. Anmeldungen und Anfragen bei Herrn Oberarzt Dr. *Alzheimer*, München, Rückertstraße 1 II.

---

Über die Befugnis des Anstaltsarztes, den Briefwechsel der ihm anvertrauten Kranken zu überwachen, sind zwischen der Görlitzer Staatsanwaltschaft und der schlesischen Ärztekammer folgende Schreiben gewechselt worden (im Sitzungsbericht der Ärztekammer vom 15. Januar 1908 veröffentlicht):

Urschriftlich mit A. und Beiakten an die Ärztekammer der Provinz Schlesien in Breslau mit dem ergebenen Ersuchen, eine gutachtliche Äußerung darüber herbeizuführen, ob im vorliegenden Falle nach dortiger Ansicht ein Verschulden des Dr. H. gegen usuelle Auffassungen oder Bestimmungen in Frage kommt.

Meine Rechtsansicht geht nach der objektiven Seite dahin: Dr. H. war nicht berechtigt, die an G. gerichteten Briefe zu öffnen, auch wenn er die Genehmigung der Angehörigen des G. hatte; denn diese konnten auch kein Recht hierzu für sich in Anspruch nehmen. Es mußte vielmehr die Bestellung eines Pflegers für die Person des G. beantragt werden. Dieser hätte die Briefe öffnen können; er würde sich auch, wenn er sie dem Dr. H. zur Entscheidung darüber ausgehändigt hätte, ob sie ihrem Inhalt nach dem G. übergeben werden können, wenigstens strafrechtlich nicht verantwortlich gemacht haben.

Inwiefern nun Dr. H. als Irrenarzt die von ihm bei seiner Vernehmung (Bl. 12) angeführten Gründe für sich anführen kann und auf Grund welcher Bestimmungen, entzieht sich meiner Kenntnis. Subjektiv wird ihm ja wohl ein Verschulden nicht nachzuweisen sein, falls sich die Ärztekammer auf seinen Standpunkt stellt.

Es handelt sich hierbei um die Entscheidung einer prinzipiellen Frage, die im hiesigen Bezirke öfters einmal aufgeworfen werden muß.

Wenn die erbetene gutachtliche Äußerung abgelehnt werden sollte, bitte ich um Mitteilung, ob dort die Einleitung eines ehrengerichtlichen Verfahrens beabsichtigt wird.

Görlitz, den 29. August 1907.

Der Erste Staatsanwalt.

An den Herrn Ersten Staatsanwalt zu Görlitz.

Auf die gefl. Anfrage vom 29. August 1907 (J.-Nr. 67/07) (eingegangen am 30. August 1907) erwidere ich unter Rücksendung der Akten und Beiakten ergebenst folgendes:

Bei der prinzipiellen Wichtigkeit der gestellten Frage habe ich den Sachverhalt dem am 3. September zu einer Sitzung versammelten Gesamtvorstand der Ärztekammer vorgelegt, und beschloß derselbe: a) die Er-

stattung eines Gutachtens hierüber zunächst dem Vorstandsmitgliede Herrn Geheimen Sanitätsrat Dr. *Alter*-Leubus zu übertragen, und b) den von diesem gefertigten Entwurf sämtlichen Vorstandsmitgliedern zu etwaigen Abänderungs- bzw. Ergänzungsvorschlägen zugehen zu lassen. Dementsprechend bin ich verfahren und übersende jetzt das Gutachten in der Form, der sämtliche Vorstandsmitglieder zugestimmt haben, der Kgl. Staatsanwaltschaft zu gefl. Kenntnisnahme und Benutzung.

Breslau, den 30. September 1907.

Der Vorsitzende:

Dr. *Theodor Koerner.*

Gutachten.

Die Frage, ob Dr. H. sich durch das Eröffnen von Briefen, die an den in der *Kahlbaum*schen Privatirrenanstalt zu Görlitz untergebrachten Studenten H. G. gerichtet waren, eines Vergehens gegen „usuelle Auffassungen oder Bestimmungen" schuldig gemacht hat, muß vom ärztlichen Standpunkte aus entschieden verneint werden.

Das von Dr. H. bezüglich der Korrespondenz für den in seiner Behandlung befindlichen Studenten G. beobachtete Verfahren ist in Irrenanstalten allgemein gebräuchlich. Die vom Provinzialausschuß für die schlesischen Provinzial-Irrenanstalten erlassene Hausordnung enthält im § 9 Abs. 3 folgende Bestimmung:

> „Alle Briefe an Kranke ... müssen durch die Hand des Direktors gehen ... Zusendungen von außen an die Kranken ... dürfen nur mit Erlaubnis des Direktors stattfinden."

Für die öffentlichen Irrenanstalten bestehen somit Bestimmungen, welche es dem leitenden Anstaltsarzte ausdrücklich zur Pflicht machen, von der an Anstaltskranke eingehenden Korrespondenz Kenntnis zu nehmen und davon ihre Abgabe an die Kranken abhängig zu machen. Es erscheint das von vornherein auch wohl begründet. Wie jeder Arzt einem schwer Kranken Besucher fernhält, von denen er fürchtet, daß sie den Kranken aufregen und ungünstig oder verschlimmernd auf den Krankheitsverlauf wirken könnten, so muß der Psychiater seinen Kranken Briefe und Korrespondenzen vorenthalten können, die geeignet sein würden, den Kranken zu beunruhigen oder zu schädigen. Das kann er aber nur, wenn er den Inhalt der an den Kranken eingehenden Korrespondenz kennt. Seinem diskretionären Ermessen wird es allerdings überlassen bleiben können, ob er im einzelnen Falle von dieser Kenntnisnahme absehen zu dürfen glaubt. Das wird insbesondere dann der Fall sein können, wenn der Arzt den Kranken und die mit ihm Korrespondierenden schon längere Zeit kennt, nicht aber, wenn der Kranke erst kurze Zeit sich in seiner Behandlung befindet, oder der Arzt Grund zu der Annahme zu haben glaubt, daß der Kranke durch die Korrespondenz an seiner Gesundheit Schaden

erleiden könnte. Dann wird es zu einer gebietenden Pflicht für den Arzt, von der Korrespondenz Kenntnis zu nehmen und sie eventuell dem Kranken vorzuenthalten.

Gilt dies allgemein für die öffentlichen Irrenanstalten, so muß das gleiche auch für die Privatirrenanstalten der Fall sein. Für sie sind Bestimmungen allerdings nicht vorhanden nach dieser Richtung hin, und es enthält insbesondere die ministerielle „Anweisung über die Unterbringung in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten" vom 26. März 1901 keinerlei entsprechende Bestimmung über die Behandlung der Korrespondenz der Kranken. Verfahren aber wird auch in den Privatirrenanstalten mit dieser Korrespondenz ebenso wie in den öffentlichen Irrenanstalten. Und es kann vom ärztlichen Standpunkte aus dies nur als richtig und notwendig bezeichnet werden. Denn die Gefahr, daß durch an Anstaltskranke gelangende ungeeignete Korrespondenz ihr Gesundheitszustand ungünstig beeinflußt werden kann, ist im allgemeinen näherliegend für die in Privatanstalten untergebrachten Geisteskranken als für die Insassen der öffentlichen Irrenanstalten. Gehören die ersteren doch zum viel größeren Teile den gebildeten Ständen an, deren Korrespondenz umfangreicher und komplizierter zu sein pflegt. Sie bedarf daher in höherem Grade der Überwachung, sollen die Kranken vor Schaden bewahrt bleiben. Und daß speziell im vorliegenden Falle eine Gesundheitsschädigung des Kranken von dem brieflichen Verkehr mit der Klägerin zu vermuten war, ergibt sich zur Genüge aus der Aussage Bl. 8 und 9 der Akten. Dürften doch wohl auch dem Laien Briefe von dem Inhalt der beiden bei den Akten befindlichen als ungeeignet zur Abgabe an einen Geisteskranken erscheinen.

Es muß daher vom ärztlichen Standpunkte ausgesprochen werden, daß es eine Pflichtverletzung seitens des behandelnden Arztes wäre, wenn er jede Korrespondenz ohne Auswahl in die Hände seiner Kranken gelangen lassen wollte. Diese Auswahl bildet einen wesentlichen Teil der hygienischen Anstaltsbehandlung Geisteskranker — sie kann aber selbstverständlich nicht anders getroffen werden, als durch die Eröffnung der an Kranke eingehenden Korrespondenz durch den Arzt. Daher kann das erbetene Gutachten ärztlicherseits nur dahin lauten, daß Dr. H. durch das Eröffnen der an p. G. gerichteten Briefe sich keines Vergehens gegen usuelle Auffassungen oder Bestimmungen schuldig gemacht, sondern lediglich eine ihm als Irrenanstaltsarzt obliegende Pflicht erfüllt hat.

Sollte er deshalb bestraft werden, so wird er sich damit zu trösten haben, daß für sein Handeln maßgebend gewesen ist das ärztliche Gebot: Summa lex salus aegroti! —

Unter dem 4. Oktober 1907 ward dem Dr. H. mitgeteilt, daß das wegen Vergehens gegen §§ 299, 274 StGB. gegen ihn eingeleitete Verfahren eingestellt sei.

## *Personalnachrichten.*

Dr. *Max Böhme*, Med.-Rat, bisher Dir. der Landesanst. Hochweitzschen, ist Dir. der Landesanst. Colditz.

Dr. *Joh. Reichelt*, bisher Oberarzt auf dem Sonnenstein, ist Dir. der Landesanst. Hochweitzschen und Medizinalrat.

Dr. *Wilh. Schubert*, bisher Dir. der Prov.-Anst. zu Tost, ist Dir. der Prov.-Anst. zu Kreuzburg (Schlesien).

Dr. *Ew. Schütze*, bisher Oberarzt in Kreuzburg, ist Dir. in Tost geworden.

Dr. *Joh. Wende*, Oberarzt, ist von Leubus nach Kreuzburg,

Dr. *Jos. Zuber*, Abteilungsarzt in Freiburg, als Oberarzt nach Leubus,

Dr. *Rich. Lehmann*, Abteilungsarzt, von Lüben nach Freiburg,

Dr. *Fel. Winkler*, bisher in Untergöltsch, als Oberarzt nach Sonnenstein versetzt worden.

Dr. *Ulr. Scheven*, Prof., ist zum leitenden Arzt der städt. Irrenheil- und Bewahranstalt der Katharinenstiftung in Rostock gewählt worden.

Dr. *Phil. Felgner*, bisher Dir. der Landesanst. Colditz, jetzt in Dresden, hat den Titel „Geh. Mediz.-Rat“ erhalten.

Dr. *Carl Pelman*, Geh. Med.-R. u. Prof. in Bonn, ist der Rote Adlerorden 3. Kl. mit Schleife verliehen worden.

# Blankenburg (Harz)

Kuranstalt für Nervenleidende u. Erholungsbedürftige von

San.-Rat Dr. **Müller** u. San.-Rat Dr. **Rehm.**

Gegründet 1862 als die erste ihrer Art. ~ Großer alter Park.
Auch im Winter gut besucht.

# Institut für Zurückgebliebene

**E. Hasenfratz** in **Weinfelden** (Schweiz)

vorzüglich eingerichtet zur Erziehung **körperlich** und **geistig Zurückgebliebener, sowie nervöser,** überhaupt **schwer erziehbarer** Knaben und Mädchen. **Individuelle, heilpädagogische** Behandlung und entsprechender Unterricht. Herzliches Familienleben; auf je sechs Kinder eine staatlich geprüfte Lehrkraft.

**Sehr gesunde Lage.** **Erste Referenzen.**

**Bericht** über **15-jährige Tätigkeit** und Prospekt gratis.

# Sanatorium Buchheide

**Finkenwalde b. Stettin.**

Heilanstalt für

**Nervenkranke, Morphinisten, Alkoholiker.**

(Psychosen ausgeschlossen.)

4 Gebäude. **Dr. Colla.**

# Heilstätte für alkoholkranke Männer

**Ellikon a. d. Thur** (Schweiz).

Gegründet 1889 als gemeinnütziges Institut

unter ärztlicher Aufsicht. Bescheidene Pensionspreise. Unbemittelten kann durch den Verein „Sobrietas" (Verband geheilter Pfleglinge von Ellikon) sowie durch einen Spezialfonds der Anstalt Erleichterung der Kosten gewährt werden. **Anfragen** sind zu richten an **J. Bosshardt, Hausvater der Heilstätte in Ellikon a. d. Thur.** Ferner vermitteln Anfragen und sind zu jeder Auskunft über die Anstalt bereit die Herren **Prof. Dr. Bleuler, Burghölzli-Zürich V,** Präsident des Direktionskomitees, und **Direktor Dr. Ris, Rheinau** (Zürich).

# Dr. GUDDENSCHE HEILANSTALT PÜTZCHEN

## Privat-Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Gemütskranke beiderlei Geschlechts der gebildeten Stände

### (Entziehungs-Kuren)

**Am Fuße der Ausläufer des rhein. Siebengebirges.**

**Pavillonsystem ◂ Zentralheizung ◂ Elektr. Licht ◂ Pension 240—300 Mk. ◂ Familienanschluß**
**Vermietung von Etagen ◂ Wagen im Hause ◂ Telephon 229 (Amt Bonn) ◂ Drei Ärzte.**

**Dr. C. GUDDEN, konsult. Arzt, Bonn. Dr. A. PEIPERS, dirig. Arzt und Besitzer.**

**GEORG REIMER VERLAG BERLIN W. 35**

EBEN ERSCHIEN:

# MUTTERSCHAFT
# UND GEISTIGE ARBEIT

Eine psychologische und soziologische Studie.
Auf Grundlage einer internationalen Erhebung mit
Berücksichtigung der geschichtlichen Entwicklung

von **Adele Gerhard** und **Helene Simon**

**Zweite Auflage**

326 Seiten Oktav

PREIS GEHEFTET M. 5.—, GEBUNDEN M. 6.—

# OKUMENTE DES FORTSCHRITTS

## INTERNATIONALE REVUE.

Herausgegeben von **Dr. R. Broda-Paris** in Verbindung mit
**Dr. Hermann Beck-Berlin.**

Verlegt bei **GEORG REIMER, BERLIN.**

**LES DOCUMENTS DU PROGRES**

**Revue Internationale.**

Editeur: Felix Alcan, Paris.

**THE INTERNATIONAL**

**A Review of the World's Progress.**

Publisher: T. Fisher Unwin, London.

**Bezugsbedingungen:** Die Zeitschrift erscheint monatlich mit Ausnahme des gust in Heften von je 6 Bogen Umfang. Preis des Jahrgangs 10 Mark, des zelheftes 1 Mark. Sie ist vom Verlag Georg Reimer, Berlin W. 35, Lützow-ße 107-8, sowie durch alle Buchhandlungen und Postämter zu beziehen. Die zugsbedingungen der zweimal wöchentlich erscheinenden Zeitungs-Korre-

**VERLAG VON GEORG REIMER BERLIN W. 35.**

In meinem Kommissionsverlag erschien:

# DIE HANDSCHRIFTEN DER ANTIKEN ÄRZTE

Im Auftrage der Akademischen Kommission

herausgegeben von **H. DIELS.**

TEIL I: **HIPPOKRATES UND GALENOS** . . . . . Preis M. 8.—

TEIL II: **DIE ÜBRIGEN GRIECHISCHEN ÄRZTE AUSSER HIPPOKRATES UND GALENOS** . . . . . Preis M. 7.—

(Aus den Abhandlungen der Königl. Preuß. Akademie der Wissenschaften vom Jahre 1905.)

# Inhalt.

## Erstes Heft.

### Originalien.

Seite

Über Dementia praecox, insbesondere die paranoide Form derselben. Von Dr. *O. Kölpin* . . . . . 1

Statistische Untersuchungen über geheilte Epileptiker. Von Dr. med. *Volland*, Oberarzt . . . . . 18

Zur Frage der Simulation von Geisteskrankheit. Von *Walther Riehm*, Medizinalpraktikant . . . . . 28

Einteilung der Homosexuellen. Von Medizinalrat Dr. *P. Näcke*-Hubertusburg 109

### Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

125. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 1. Februar 1908.

Diskussion über den Vortrag von *Bischoff*-Buch: Über Dauerbäder und Dauerbadbehandlung . . . . . 129

*Vieregge*-Buch: Versuche über die Merkfähigkeit für Zahlen an Gesunden und Geisteskranken . . . . . 130

*Döblin*-Buch: Über einen Fall von Dämmerzuständen . . . . . 136

80. Ordentliche Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 23. November 1907 in Bonn.

Diskussion über den Vortrag von Prof. *Aschaffenburg*-Cöln und Prof. Dr. jur. *Heimberger*-Bonn: Die strafrechtliche Behandlung der Homosexuellen . . . . . 140

*R. Förster* u. *Aschaffenburg*: Referat über impulsives Irresein . . . . 149

*R. Foerster*-Bonn: Über das *Wassermann-Plaut*sche Verfahren der Serodiagnostik bei syphilidogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems. 158

### Kleinere Mitteilungen.

Vorschläge der Kommission zur Wahrung der Standesinteressen . . . . 162

Kurs in Gießen . . . . . 164

Fortbildungskurs d. D. Vereins für Psychiatrie . . . . . 165

Psychiatrischer Fortbildungskurs in München . . . . . 165

Befugnis des Anstaltarztes zur Öffnung der Briefe an seine K[illegible]n . . 166

Personalnachrichten . . . . . 169

# ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

# PSYCHIATRIE

UND

## PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON


**BONHOEFFER** BRESLAU — **CRAMER** GÖTTINGEN — **v. GRASHEY** MÜNCHEN — **KREUSER** WINNENTAL — **PELMAN** BONN — **SCHÜLE** ILLENAU

DURCH

**HANS LAEHR**

SCHWEIZERHOF


---


FÜNFUNDSECHZIGSTER BAND

ZWEITES HEFT

AUSGEGEBEN AM 30. APRIL

BERLIN

W. 35 LÜTZOWSTRASSE 107-8

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1908

Jährlich ein Band von 7 Heften (6 Hefte Originalien und 1 Heft Literaturbericht). Preis M. 30.—.

Mit einer Beilage der Verlagsbuchhandlung Karl J. Trübner in Straßburg i. E. und Berlin.

*Statt Eisen!* *Statt Lebertran!*

# Hæmatogen Hommel

## völlig alkohol- und ætherfrei.

Frei von **Borsäure, Salizylsäure** oder **irgendwelchen** sonstigen antibakteriellen Zusätzen, enthält außer dem völlig reinen Hæmoglobin noch sämtliche Salze des frischen Blutes, **insbesondere auch die wichtigen Phosphorsalze** (Natrium, Kalium und **Lecithin**), sowie die nicht minder bedeutenden Eiweißstoffe des Serums in konzentrierter, gereinigter und **unzersetzter** Form. **Als blutbildendes, organeisenhaltiges, diätetisches Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene** bei Schwächezuständen **irgendwelcher Art** von hohem Werte.

### Besonders unentbehrlich in der Kinderpraxis.

Kann als diätetisches, die tägliche Nahrung ergänzendes Mittel jahraus, jahrein ohne Unterbrechung genommen werden. Da es ein natürliches organisches Produkt ist, treten **niemals** irgendwelche Störungen auf, **insbesondere nicht** der bei längerem Gebrauche von **künstlichen Eisenpräparaten** unvermeidliche **Orgasmus.**

☛ **Große Erfolge** bei **Rachitis, Skrofulose, Anæmie, Frauenkrankheiten, Neurasthenie, Herzschwäche, Malaria, frühzeitiger Schwäche der Männer, Rekonvaleszenz (Pneumonie, Influenza** etc. etc.).

☛ **Vorzüglich wirksam bei Lungenerkrankungen als Kräftigungskur. Sehr angenehmer Geschmack. Wird selbst von Kindern außerordentlich gern genommen. Stark appetitanregend.**

Hæmatogen Hommel zeichnet sich vor seinen Nachahmungen aus durch

**unbegrenzte Haltbarkeit in vieljährig erprobter Tropenfestigkeit und Frostsicherheit, absolute Sicherheit vor Tuberkelbazillen**

gewährleistet durch das mehrfach von uns veröffentlichte, bei höchst zulässiger Temperatur zur Anwendung kommende Verfahren. Diese Sicherheit geht insbesondere den auf kaltem Wege (Äther etc.) dargestellten Präparaten völlig ab.

Um Unterschiebung von Nachahmungen zu vermeiden, bitten wir,

**stets Hæmatogen Hommel zu ordinieren.**

**Tages-Dosen:** **Säuglinge** 1—2 Teelöffel mit der Milch gemischt (Trinktemperatur!), **größere Kinder** 1—2 Kinderlöffel (rein!!), **Erwachsene** 1—2 Eßlöffel täglich vor dem Essen, wegen seiner eigentümlich stark appetitanregenden Wirkung.

Verkauf in Originalflaschen **à 250 g.**

Versuchsquanta stellen wir den Herren Ärzten gern frei und kostenlos zur Verfügung.

**Nicolay & Co.,** Hanau a. Main. Zürich. London, E. C. 36 & 36 a, St. Andrew's Hill. St. Petersburg, Smolenskaja 33.

Vertretung für Nord-Amerika: Lehn & Fink, William Street 120, New York.

VERLAG VON KARL J. TRÜBNER IN STRASSBURG.

Demnächst beginnt zu erscheinen:

# Zeitschrift für biologische Technik und Methodik.

Unter Mitwirkung von Fachgenossen

herausgegeben von

**Dr. MARTIN GILDEMEISTER**

Privatdozenten der Physiologie in Straßburg i. E.

**Originalartikel des ersten Heftes:**

**Prof. J. Rich. Ewald** (Physiol. Inst. Straßburg): Über Verwendung rotierender Spiegel zu physiologischen Untersuchungen. I. Das Zykloskop. Mit 3 Figuren.

**Dr. W. Berndt** (Zoolog. Inst. Berlin): Apparat zum Aufhängen und Aufbewahren von Wandtafeln. Mit 5 Figuren.

**Prof. T. Thunberg** (Physiol. Inst. Lund): Über die Anwendung eines Platinbrenners zum Schreiben auf Glas und für ähnliche Zwecke. Mit 1 Figur.

**Prof. Wilh. Roux** (Anatom. Inst. Halle): Eine Methode der Selbstkopulation von Tropfen. Mit 1 Figur.

**Prof. H. Zwaardemaker** (Physiol. Inst. Utrecht): Die Herstellung von Mischgerüchen. Mit 2 Figuren.

**Prof. O. Langendorff** (Physiol. Inst. Rostock): Ein Versuch zur allgemeinen Muskelphysiologie. Mit 2 Figuren.

**F. Mandel** (Physiol.-Chem. Inst. Straßburg): Ein neuer Apparat zur Durchblutung überlebender Organe. Mit 1 Figur.

**Prof. J. K. A. Wertheim Salomonson** (Amsterdam): Anfertigung und Gebrauch dünner versilberter Quarzfäden. Mit 6 Figuren.

**Dr. Martin Gildemeister** (Physiol. Inst. Straßburg): Ein Vogelmuskel, der sich besonders gut zu physiologischen Versuchen eignet. Mit 1 Figur.

**Prof. Otto Weiß** (Physiol. Inst. Königsberg): Die Seifenlamelle als schallregistrierende Membran im Phonoskop. Mit 3 Figuren.

**Dr. Gerhard Joachim** (Med. Klinik und Physiol. Inst. Königsberg): Klinische Resultate der Weißschen Registriermethode.

**Erich Herrmann** (Physiol. Inst. Königsberg): Registrierung von Streichinstrumentklängen.

**Das erste Heft wird von jeder Buchhandlung zur Ansicht vorgelegt.**

Die

## „Zeitschrift für biologische Technik und Methodik"

wird in zwanglosen Heften erscheinen, die zu Bänden von etwa 30 Druckbogen Text vereinigt werden. Der Preis des Bandes wird ℳ 15.— betragen. Der Inhalt soll sich gliedern in:

I. Kurze **Originalartikel** (in deutscher Sprache, nötigenfalls ins Deutsche übersetzt).

II. Mitteilungen aus Laboratorien und Instituten über die dort übliche **Arbeits- und Lehrpraxis.** (Näheres darüber siehe unten.)

III. **Notizen aus der Industrie.**

IV. **Sammelreferate.**

V. **Referate:** a) aus den biologischen Wissenschaften;
b) aus den Nachbargebieten, besonders der Physik, Chemie und physikalischen Chemie.

---

Bei der Gründung der Zeitschrift sind folgende Erwägungen maßgebend gewesen:

Die Biologie im weiteren Sinne, d. h. die Gesamtheit aller Wissenschaften, die sich mit der Erforschung des Lebenden, seiner Funktionen und seiner Produkte beschäftigen, arbeitet vielfach mit einer sehr ausgebildeten Technik und Methodik, die teils den Nachbarwissenschaften entlehnt wird, besonders der Physik und Chemie, teils ihre eigenen Wege geht. *Sehr oft ist hier der wissenschaftliche Fortschritt an die Ausarbeitung neuer Methoden geknüpft.*

Für den Forscher ist die Kenntnis der technischen und methodischen Errungenschaften von größter Wichtigkeit. Je besser er darüber orientiert ist, desto leichter wird er jedesmal den zweckmäßigsten Weg finden.

Hier macht sich aber unangenehm der Umstand geltend, daß *das Methodische einer biologischen Arbeit nur selten*

*gesondert mitgeteilt wird.* Gewöhnlich ist es beschrieben in einem Kapitel der betreffenden Publikation und wird hier, da weder der Titel noch die Zusammenfassung darauf Bezug nehmen, nur von demjenigen gelesen, der sich für die behandelte wissenschaftliche Frage besonders interessiert, während es, in besser zu übersehender Weise dargeboten, auch auf anderen Gebieten Nutzen stiften könnte.

Ferner *enthalten die Arbeiten der Nachbarwissenschaften oft technische Dinge*, die dem biologischen Arbeiter von großem Vorteil wären, wenn sie zu seiner Kenntnis kämen. Aber er ist so sehr belastet mit der Literatur seines eigenen Faches, daß er die angrenzenden Gebiete nur aus Referaten kennen lernen kann. Und in diesen ist das Technische gar nicht oder nur sehr oberflächlich behandelt.

*Eine große Menge technischer und methodischer Kenntnisse und Fertigkeiten wird überhaupt niemals publiziert,* sondern verbirgt sich, nur Wenigen bekannt, in Laboratorien und Hörsälen. Wohl jede Arbeitsstätte hat ihren eigentümlichen Geist, ihre besonderen Vorteile und Hilfen, deren Eigenart dem wissenschaftlichen Arbeiter erst dann zum Bewußtsein kommt, wenn er das ihm vertraute Laboratorium mit einem anderen vertauscht. Dazu gehören z. B. die Tierpflege, Einzelheiten der Operationstechnik u. a. m. Diese scheinbar unbedeutenden und doch so wichtigen Kenntnisse, auf denen das beruht, was man die **„Schule"** nennt, pflanzen sich bis jetzt nur durch **Tradition** von Mund zu Mund fort. Könnte man sie der Allgemeinheit zugänglich machen, so wäre damit auch der Wissenschaft ein großer Dienst geleistet.

Der wissenschaftliche Arbeiter ist meistens auch akademischer Lehrer oder wenigstens am akademischen Unterricht beteiligt. *Die didaktischen Aufgaben haben eine besondere Art von Technik gezeitigt, die man* **Lehrpraxis** *nennen könnte.* Darin ist vielerlei inbegriffen: die Ausführung anschaulicher Vorlesungsversuche, der Betrieb der praktischen Schülerübungen u. a. m. Auch hiervon ist bisher wenig publiziert worden.

Schließlich macht wohl jeder gelegentlich *kleine praktische Erfindungen,* die unbekannt bleiben, weil sie zu einer Veröffentlichung in den wissenschaftlichen Zeitschriften der üblichen Art nicht geeignet sind.

Bei dieser Lage der Dinge läßt es sich wohl rechtfertigen, daß die große Anzahl der schon bestehenden biologischen Zeitschriften um eine neue vermehrt wird, die es sich zur Aufgabe macht, die Technik und Methodik in dem dargelegten Sinne in **Originalartikeln, kurzen Notizen und Referaten** zu berücksichtigen. *In den Referaten sollen nur solche Arbeiten besprochen werden, und zwar von technischen und methodischen Gesichtspunkten aus, die in dieser Hinsicht etwas Neues bieten.*

Hauptsächlich wird es sich dabei um die folgenden biologischen Spezialwissenschaften handeln:

**Physiologie der Tiere und der Pflanzen.**

**Physiologische Chemie. Bakteriologie. Gärungschemie.**

**Pharmakologie. Experimentelle Pathologie. Serumlehre.**

**Experimentelle Psychologie.**

**Experimentelle Morphologie. Entwicklungs- und Vererbungslehre.**

Außerdem soll aus der **Physik, physikalischen Chemie und Chemie** das referiert werden, was den Biologen in technischer und methodischer Hinsicht von Nutzen sein könnte.

Die Verlagsbuchhandlung. Der Herausgeber.

**Straßburg i. E.,** Ende März 1908.

**Bestellkarte liegt bei.**

# Beitrag zum Verständnis der psychogenen Zustände.

Von

Dr. **Risch**, Oberarzt in Eichberg.

Die im Zusammenhang mit schweren psychischen Traumen entstehenden Psychosen sind allerdings bekannt, pflegen aber in den Lehrbüchern der klinischen Psychiatrie und gerichtlichen Psychiatrie selten Gegenstand einer eingehenden Besprechung zu werden. Diese Symptomenkomplexe werden im allgemeinen als der Hysterie verwandt aufgefaßt und als hysterische Dämmerzustände, Stuporzustände usw. bezeichnet. Da die Auffassung des hysterischen Irreseins noch lange keine einheitliche ist, dasselbe von zahlreichen Autoren als sehr seltene Krankheit aufgefaßt wurde und häufig noch wird, so soll auf dieses vielumstrittene Gebiet hier nicht weiter eingegangen werden. *Sommer* hat das Wort Psychogenie für diejenigen psychischen Krankheitsbilder geprägt, in welchen das Moment einer gesteigerten Beeinflußbarkeit durch äußere psychische Einwirkungen im Vordergrunde steht. Die Symptomenkomplexe, welche ich einer kurzen Erörterung unterziehen will, sind psychogen in diesem Sinne. Sie sind dadurch charakterisiert, daß sie als reine Folgeerscheinungen unangenehmer psychischer Reize, welche als Trauma wirken, entstehen und bei Fortfall der Schädigung in verschieden kurzer Zeit zu verschwinden pflegen. Nur an ihrer Beeinflußbarkeit durch äußere unangenehme oder angenehme Eindrücke sind sie zu erkennen. Sie sind von typischen hysterischen Zuständen durch das häufige Fehlen aller hysterischen Zeichen, vor allem der körperlichen Symptome, unterschieden. Auch pflegt die hysterische Charakterveränderung, mit ihren zahlreichen recht charakteristischen Zügen, nicht nachweislich zu sein. Es sind das die Psychosen der Untersuchungshaft,

welche in der gerichtlichen Psychiatrie nur flüchtig berührt werden Man begründet das damit, im Gefängnis kämen alle Psychosen vor. Es ist selbstverständlich, daß bei vieljährigem Aufenthalt im Gefängnis oder Zuchthaus ein Anfall des manisch-depressiven Irreseins ausbrechen, eine langsam sich entwickelnde Wahnbildung (Paranoia chronica) entstehen oder eine epileptische Seelenstörung, die vor der Internierung im Gefängnis bestand, fortschreiten kann. Derartige Fälle sind aber relativ selten und bieten kein besonderes Interesse im Vergleich zu den außerordentlich beachtenswert erscheinenden psychogenen Zuständen der frischen Haft. Die jährlich in großer Anzahl aus dem Gefängnis oder Militärlazaretten der Anstalt zugehenden kriminellen Fälle haben einen unverkennbaren Typus, der sie aus allen anderen Psychosen heraushebt. Trotzdem werden sie verkannt und von den Vorgutachtern entweder als hochgradige Imbezillität (Idiotie) oder Dementia praecox resp. Katatonie aufgefaßt. Vereinzelt, aber sehr selten, werden sie als hysterische Dämmerzustände bezeichnet. Auch von sehr bewährten und erfahrenen Gutachtern in Anstalten werden, wie das Aktenstudium häufig ergibt, Fehldiagnosen gestellt, welche forensisch von größter Tragweite sind. Wird beispielsweise, wie das häufig geschieht, Imbezillität oder Dementia praecox als bestehend angenommen, so wird in den Gutachten der Schluß auf Vorhandensein von Unzurechnungsfähigkeit zur Zeit der Straftaten gezogen. Im zweiten Falle wird je nach der Zeitdauer, die zwischen Delikt und Beobachtung liegt, zwar nicht mit Sicherheit geschlossen, daß der § 51 zutrifft, aber Haftfähigkeit wird auf unabsehbare Zeit ausgeschlossen und die Prognose äußerst ungünstig gestellt. Beide Schlußfolgerungen sind in diesen Fällen falsch. Besonders peinlich kann es dem Gutachter werden, wenn ein Untersuchungsgefangener, der im soeben erstatteten ausführlichen Gutachten als völlig verblödet und unheilbar geisteskrank dargestellt worden ist, bei Gericht vernommen wird. Mit einem Mal verliert er seinen angeblichen Blödsinn und entwickelt in gewandter Verteidigungsrede unter geschickter Ausnutzung eines jeden für ihn günstigen Momentes eine Intelligenz, die selbst für den Laien keinen Zweifel läßt, daß von erheblicher Demenz keine Rede sein kann. Letzterer Fall ist gleichfalls einem sehr bewährten Gutachter vor einiger Zeit passiert. In einem anderen Falle entwich der überall als völlig ver-

blödet betrachtete Katatoniker und zeigte sich als durchaus fähig, außerhalb der Anstalt zu bestehen, seinem Berufe nachzugehen usw. Ebenso unangenehm für den Sachverständigen sind unerwartete Gesundungen von angeblich unheilbarem Blödsinn, die nach der Anstaltsbeobachtung im Gefängnis eintreten. Dagegen sind solche Fehlprognosen, die in anderen Anstalten nach Überführung der Kranken zufolge Kenntnisnahme der Akten entdeckt werden, nur instruktiv für den Leser, ohne dem betreffenden Sachverständigen peinlich zur Empfindung zu kommen. In allen diesen Fällen aber hätte bei richtigem Verständnis der psychogenen Zustände die geistige Gesundheit zur Zeit der begangenen Straftat angenommen und die baldige Aussicht auf völlige Genesung und die Möglichkeit des Strafvollzugs absolut sicher in Aussicht gestellt werden müssen. Nach diesem kurzen Hinweis auf die eminente Wichtigkeit einer genügenden Kenntnis der psychogenen Zustände gehe ich auf die psychologische Erklärung des Zustandekommens derselben ein.

Wenn die geistige Erkrankung sich an eine heftige, durch äußere Umstände begründete seelische Erregung des Kranken anschloß, wird man in jedem Fall zuerst an einen psychogenen Zustand mit bester Prognose zu denken haben. Die katatonischen Symptome, die wir häufig mehr oder weniger vollzählig feststellen können, sind dagegen äußerst skeptisch aufzunehmen. Tritt die Psychose bald nach der Verhaftung etwa in den ersten Wochen nach derselben auf, so spricht sicher die größte Wahrscheinlichkeit für eine typische Haftpsychose, wenn wir nicht einen klassischen manischen Anfall oder einen epileptischen Insult vor uns haben. Der psychische Shok pflegt um so gewaltiger zu sein, je geachteter die bisherige Position des Angeschuldigten war. Scham und Reue, Furcht vor der Strafe und der Vernehmung, vor dem Ruin der Familie, die zahlreichen anderen ungünstigen Eindrücke und psychischen Einflüsse, die auf den verhafteten Angeschuldigten einstürmen, stellen selbstredend ein gewaltiges psychisches Trauma dar. Besonders die Einzelhaft, welche die Einwirkung günstiger weil ablenkender Einflüsse ausschaltet, zwingt den Angeschuldigten geradezu über das nachzugrübeln, was er verschuldet und was ihm noch bevorsteht. Bei Militärgefangenen ist es die Einwirkung der ungewohnten und der Charakterveranlagung vieler Individuen widersprechender Disziplin, wohl auch die Affekt-

neigung und der Eigensinn der Degenerativen, welche zum trotzigen Widerstande, schließlich zu Gehorsamsverweigerung und Fahnenflucht führen. In einem Teil dieser psychogenen Fälle sehen wir das Auftreten von Selbstmordversuchen, die allerdings häufig nicht sehr ernst gemeint sind. Die drohende Strafe wegen Insubordination oder Fahnenflucht pflegt in den meisten Fällen, die uns von der Militärbehörde überwiesen werden, die Psychose plötzlich zum Ausbruch zu bringen. In einem Falle bestand das psychische Trauma nicht in den angeführten Momenten, sondern in der Erregung über eine Schlägerei unter Kameraden. Der Effekt war selbstredend ganz derselbe wie in den übrigen Krankheitsfällen. Übrigens zeigte dieser Fall viele hysterische Stigmata, so daß die Prognose ungünstig in bezug auf ihre Dauer gestellt werden mußte, was sich auch später bestätigt hat. Der Kranke wurde nach jahrelanger Krankheitsdauer ungebessert in eine andere Anstalt übergeführt. Diese Ätiologie (Genese durch schädliche psychische Reize) gilt für jede psychogene Psychose. Bei den Psychosen der Untersuchungshaft ist das selbstredend nur besonders deutlich erkennbar, weil sozusagen immer ein und derselbe konstante Reiz, immer dieselbe Quelle der ein Trauma bildenden seelischen Erregung nachweislich sind. Daher ist auch das Krankheitsbild der Psychosen der Untersuchungshaft so scharf gekennzeichnet im Gegensatz zu anderen psychogenen Zuständen, denen die Konstanz der Reizquelle in diesem Maße fehlt. Denn bei der Kompliziertheit der unendlich zahlreichen psychologischen Motive, welche das Zustandekommen einer seelischen Erregung herbeiführen, sind wir in den sonstigen Verhältnissen des Lebens nur unsicher imstande, zu bestimmen, welche Momente erregend eingewirkt haben. Was den einen hochgradig erregt, pflegt den anderen völlig kalt zu lassen. Daher führt die Analyse der Motive, welche den Handlungen anderer, deren Charakter wir nicht zu erforschen in der Lage waren, zugrunde liegen, so häufig zu Trugschlüssen. Kurz erwähnt sei, daß eheliche Zerwürfnisse, die Verletzung der sexuellen Ehre (eheliche Untreue z. B.) besonders beim Manne meiner Beobachtung nach einen sehr schweren psychogenen Zustand auszulösen imstande sind. Bei jungen Mädchen habe ich eine Reihe von Psychosen beobachtet die ich dem Symptomenbild entsprechend anfänglich geneigt war, zur Katatonie zu zählen. Der weitere schnelle und günstige Verlauf

bewies, daß auch hier nur psychogene Zustände vorlagen. Hysterische Symptome hatten die Kranken nicht. Sie wurden gegen den ärztlichen Rat auf das Drängen der Angehörigen nach Hause entlassen, wo sie schnell gesund wurden. Bei allen ließ sich aus den psychotischen Äußerungen als auslösendes Moment Liebeskummer irgendwelcher Art feststellen. Die Anamnese ergab auch, daß Aufhebung einer Verlobung oder ein sonstiger ungünstiger Ausgang einer Liebesaffäre, sexuelle Entgleisung usw. unmittelbar vorausgegangen waren. Auf dieser Erfahrung fußend, bin ich der Ansicht, daß zahlreiche Psychosen bei jungen Mädchen, die wir gar zu leicht als Dementia praecox ansehen, bei sorgfältiger Berücksichtigung des psychogenen Momentes in ihrer wahren Natur erkannt, prognostisch richtiger beurteilt würden. Gewiß ist in solchen Fällen die richtige Erkennung schwieriger wie bei den Haftpsychosen, denn die Reizquelle ist nicht so gleichartig und springt daher dem Beobachter nicht so ins Auge, zumal da die Angehörigen häufig das psychische Trauma verheimlichen. Die Haftpsychose nunmehr ist, wie die Erfahrung lehrt, eine typische psychogene Psychose, wie sie unter anderen Verhältnissen selten vorkommt. Wie die Entstehung selbst sich auf ein psychisches Trauma zurückführen läßt, so wechselt auch das Bild der Psychose entsprechend den nützlichen oder schädlichen Eindrücken, angenehmen oder unangenehmen Reizen, welche von der Umgebung des Kranken ausgehen. Durch Anrede des Kranken ist man, wenn die psychologische Motivierung des psychischen Shoks bekannt ist, imstande, die Intensität des Reizes, der auf das Gehirn einwirkt, zu steigern oder herabzusetzen und dadurch künstlich eine Verschlimmerung oder Besserung seines Zustandes, eine Erregung herbeizuführen oder einen Wechsel in dem Grade der Hemmung. Forensisch sehr wichtig ist es, sich über die Art, wie die Haftpsychosen und sonstige psychogene Seelenstörungen zustande kommen, klar zu werden. Gerade dem Laien, also dem Richter in erster Linie wird es meist sehr schwer zu verstehen, wie ein Verbrecher, der in einem Moment geisteskrank war nach Auffassung der Sachverständigen, im nächsten Moment infolge einer günstigen Wendung seiner Angelegenheiten völlig gesund werden kann. Die Überzeugung zu gewinnen, daß es sich um keine Simulation handelt, ist in der Tat sehr schwer.

Ich verstehe also unter psychogenen Zuständen Krankheitszustände, welche durch psychische Erschütterungen zustande kommen und dauernd an ihrer psychischen Beeinflußbarkeit kenntlich sind. Das Wesentliche des Krankheitsbegriffes ist, wie ich nochmals hervorhebe, der Umstand, daß 1. eine durch äußere Anlässe verursachte Erschütterung einen bestimmten, wohl charakterisierten Symptomenkomplex auslöst, 2. daß die Intensität der Symptome sich während der ganzen Dauer der Erkrankung als deutlich beeinflußbar durch äußere Reize, die auf die Psyche einwirken, erweist. Diese Reize können äußerst geringfügiger Natur sein und ebensogut günstig wie schädlich auf den Krankheitszustand einwirken. Charakteristisch ist, daß der kleinste Reiz die gewaltigste Wirkung auf die Psychose haben kann. Es steht Reizgröße und der Effekt bezüglich der Schwere der Krankheitserscheinungen in keinem Verhältnis zueinander. Um sich die Entstehung derartiger Zustände psychologisch zu erklären, ist es von Interesse, die Reaktion des unentwickelten Gehirns auf schädliche psychische Reize zu studieren. In dem Gehirn des Kindes kommen erst allmählich die gewaltigen Hemmungsvorstellungen zur Entwicklung, welche die Grundlage der Selbstbeherrschung bilden. Je mehr wir imstande sind, durch Hemmungen die schädlichen Reize, die auf unsere Psyche wirken, zu paralysieren, um so weniger werden wir zu psychogenen Zuständen neigen. Die Seele des Kindes ist ein offenes Gebiet, in welchem die Reize der Außenwelt sich mit besonderer Gewalt einzugraben imstande sind. Das Kindergehirn ist sozusagen wehrlos dem psychischen Trauma gegenüber. Wir werden daher am Kinde am ehesten psychische Reaktionen zu erwarten haben, welche den psychogenen Zuständen analog sind. Betrachten wir zunächst das Verhalten jugendlicher Individuen dort, wo die ersten stärkeren Erregungen einzutreten pflegen, in der Schule. Demjenigen, der das Benehmen des Kindes in der Klasse einem strengen und schlagfertigen Lehrer gegenüber beobachten konnte, wird sofort mit greller Deutlichkeit die Ähnlichkeit zum Bewußtsein kommen, die das Kind, das physiologisch psychogen reagiert, mit dem psychogenen Geisteskranken bietet. Ich will meine eigenen, recht instruktiven Erfahrungen in dieser Beziehung anführen, weil auf vielen Schulen der Ton des Lehrers den Schülern gegenüber ein milder ist und daher nicht einem jeden ähnliche Beobachtungen zur Verfügung stehen wie mir. Ich

war in einer Privatschule, die von einem Prediger geleitet wurde. Derselbe pflegte lateinische Vokabeln, Grammatik usw. den Kindern im wahren Sinn des Wortes einzubläuen. Er pflegte eine Vokabel zu fragen. Der Glückliche, der eine Vokabel trotz seiner Angst schnell nannte, war zunächst befreit von weiteren Fragen. Wußte er sie nicht, dann wurde unter kräftiger Anwendung von Kopfstößen, äußerst schmerzhaften Reißens an den Ohren, gelegentlich auch einer Ohrfeige der Versuch gemacht, aus dem leeren Gehirn die Vokabel und noch zwei weitere herauszuquälen. Ich entsinne mich, daß in den ersten Monaten der größte Teil der Klasse (9- bis 11-jährige Knaben) sich typisch psychogen verhielt. Erst ganz allmählich bildete sich eine stumpfe Indolenz heraus, mit welcher die Mißhandlungen gleichgültig hingenommen wurden oder durch mächtige Willensanstrengung die Angst unterdrückt wurde, die ein jeder von uns beim „Aufgerufenwerden" empfand. Sobald ein Kind, wie ich es täglich zu sehen Gelegenheit fand, angefahren oder nur aufgerufen wird, tritt zunächst Erblassen ein, dem Errröten häufig zu folgen pflegt. Zugleich erfolgt ein Schweißausbruch, der Mund wird trocken, weil die Speichelsekretion versiegt, Herzklopfen oder das Gefühl des Stillstandes der Herzaktion tritt ein. Die Atmungsfrequenz ist erhöht. Die Füße sind schwer wie gelähmt. Die Knie zittern, so daß der Betreffende sich kaum auf den Beinen zu halten vermag, das Zittern geht auf den ganzen Körper über. Die Finger zittern. Die Stimme versagt. Das Kind schweigt, weil die Stimmbänder gelähmt sind, oder ist völlig heiser. Bei leichter Einwirkung des psychischen Traumas oder beim Abklingen des Reizes fängt das Kind an zu stottern. Zugleich nimmt das Gesicht einen starren gespannten Ausdruck an, mit dem die furchterregende Person angestiert wird. Kurz erwähnt sei an dieser Stelle, daß bei intelligenten Tieren, die in ihrer Hirnvulnerabilität gegenüber psychischen Reizen auf ähnlicher Stufe wie das Kind stehen, genau dieselbe psychogene Reaktion mit gleichartigen Ausdrucksbewegungen beobachtet werden kann. In demselben Moment, in dem die soeben erwähnten körperlichen Erscheinungen auftreten, tritt völlige Denkhemmung ein. Was das Kind vielleicht soeben noch gewußt hat, ist wie ausgelöscht aus dem Gedächtnis. Es besteht das Empfinden völliger Hirnleere. Wir haben den klassischen Typus der psychogenen Demenz (Hemmung) auf zunächst noch physiologischer Grundlage. Es wird wohl nie-

manden geben, der diese Erscheinungen nicht als Kind an sich selbst durchgemacht hat, wenn auch die verschiedensten psychischen Momente als Trauma eingewirkt haben mögen. „Vor Schreck versagte die Stimme, die Füße versagten ihren Dienst, er wollte handeln oder reden, aber war ganz unfähig, etwas zu denken." Das sind Zustände, die jedem Laien in gleicher Weise bekannt sind. Daß bei hochgradigstem Schreck oder psychischem Schmerz eine Lähmung den ganzen Körper befallen kann, lehrt die Erfahrung täglich. Daß die gewaltige vasomotorische Reaktion zu Herzstillständen zu führen und Zerreißungen von Blutgefäßen zu veranlassen vermag, ist ebenso bekannt. Ebenso bedarf die Hirnleere, die als physiologische Folge des hochgradigen psychischen Schmerzes (beim Tode des Kindes, des Gatten usw.) eintritt, kaum noch der Erwähnung. Wir finden in allen diesen Fällen den Typus der psychomotorischen Hemmung, wie wir eine solche auf krankhafter Grundlage bei den psychogenen Psychosen beobachten. Prüfen wir sonstige Erscheinungen, die uns das Kind unter der Einwirkung des psychischen Shoks bietet, so sind zunächst Lähmungen in der Funktion der höheren Sinnesorgane zu erwähnen. Bekannt ist, daß bei starker seelischer Erregung man nur verschwommen sieht, es vor den Augen flimmert, sowie nicht selten Schwerhörigkeit oder Worttaubheit für die Zeit der Erregung besteht. Daß selbst der erwachsene geistesgesunde Mensch bei starkem psychischen Schmerz oder Affekt Worttaubheit bis zu einem gewissen Grade zeigt, wird jedem guten Beobachter bekannt sein. Wie verschieden ist die Darstellung eines und desselben Vorganges, die von zahlreichen Zeugen gegeben wird, die im Affekt waren. Man wird in jedem Falle finden, daß ein Teil dessen, was gesprochen wurde, nicht gehört oder nicht verstanden wurde. Besonders deutlich tritt das hervor, wenn erst nach Abklingen des Affektes die Worte des Gegners, die im Gedächtnis haften geblieben waren, zum Verständnis gelangen. Diese Beobachtung, daß nach dem Abklingen des Affektes wichtige Reden von den Beteiligten verstanden werden, ist sicher einem jeden, der mit psychologischem Interesse Zeugenvernehmungen verfolgt, zum Bewußtsein gekommen. Dasselbe gilt für psychogene Lähmung der Geschmacks- und Geruchsempfindung. Es ist bekannt, daß häufig unangenehme Gerüche oder der Geschmack verdorbener Speisen nicht empfunden werden, so lange lebhafte innere Erregung andauert.

Wie Puls, Herzaktion und Respiration abnorm beschleunigt sind oder krampfhaft vor sich gehen, so finden wir Krampf- und Lähmungserscheinungen in anderen Organen. Das erschrockene Kind näßt ein, weil entweder Paresen oder Krampf der Blasenmuskulatur eintritt, es verunreinigt sich mit Kot aus denselben Gründen. Erwähnen will ich an dieser Stelle den bekannten Examenharndrang und die Examendiarrhoe, die so häufig bei denselben Examenkandidaten vorkommen, welche trotz bester Kenntnisse eine oft verblüffende Examendemenz entwickeln. Eine Steigerung dieser psychogenen Erscheinungen muß natürlich zu pathologischen Zuständen führen, die sich aber im wesentlichen nur durch ihre Intensität von den ersteren unterscheiden und denselben gleichwertig sind. In diesem Sinne ist der Glottiskrampf der Kinder, sind die auf Neurosen zurückzuführenden Asthmaanfälle der Erwachsenen, die Ungleichheit der Kontraktionen des Herzens, das Herzstolpern, die paroxysmale Tachykardie usw. aufzufassen. Die Ursache aller dieser rein psychogenen Zustände ist eine psychogene. Die Furcht, die der Schüler vor dem harten Lehrer, der Examenkandidat vor dem Ausfall des Examens hat, ist ätiologisch durchaus gleichwertig der Furcht, die der an paroxysmaler Tachykardie Leidende vor der Wiederholung des Anfalls hat. Er fürchtet den Anfall, daher bekommt er ihn. Das psychische Trauma ist stets die auslösende Ursache, mag es sich um bulbäre Zentren (Respirationszentren) oder um vasomotorische handeln. Die Vagusneurose, wie sie z. B. von *Notnagel* als Grund der Tachykardie zu Recht angenommen wird, ist nicht die Ursache. Der Vagus ist nur der Leiter der seelischen von der Hirnrinde hinlaufenden Erregung. Auf diese so wichtige psychogene Auffassung dieser Zustände hat *Oppenheim* besonders hingewiesen, indem er das Auftreten solcher Anfälle an bestimmten Wochentagen oder in bestimmten Häusern und Orten hervorhob. Mit einer kurzen Bemerkung will ich an dieser Stelle die Einrede der Simulation der psychogenen Zustände an der Hand des herangezogenen normalen Typus beleuchten. Hier haben wir typische akute Demenz, die von Augenblick zu Augenblick schwankt und ebenso plötzlich, wie sie entstanden ist, auch schwindet. Es wird aber wohl niemandem einfallen, einen Examinanden, der sich im Schweiße seines Angesichts zum Examen vorbereitet hat, oder den vor Angst stotterndem Buben, der aus psychogenen Gründen blödsinnig ist, für Simulanten zu halten,

wenn sie nichts wissen. Und doch könnten sie sofort nach dem Durchfall im Examen jede Frage des Examinators beantworten. Die Hirnleere ist eben fort, wenn das Trauma fortfällt. Daß die traumatischen Neurosen, die Neurasthenie und die durch Krämpfe und Lähmungen charakterisierte Hysterie zu den psychogenen Psychosen gehören, kann nicht zweifelhaft sein. Sie sind nur aus verschiedenen Gründen von den psychogenen Haftpsychosen scharf abzugrenzen.

Vergleichen wir die physiologische Reaktion des kindlichen Gehirns auf schädliche psychische Reize mit der Haftpsychose, so scheinen Halluzinationen zu fehlen. Andeutungen derselben finde ich in der Schreckhaftigkeit, dem nächtlichen Aufschreien und Aufschrecken der Kinder, wie eine jede Mutter sie beim Kinde nach starker seelischer Erregung zu beobachten pflegt. Auch pflegen sich in solchen Fällen Illusionen einzustellen, vor allem das Sehen von verzerrten Gesichtern, Köpfen usw., welche aus den Gegenständen der Umgebung zu entstehen scheinen. Den Hauptwert lege ich aber auf die abnorme Reizbarkeit und Erregbarkeit der kindlichen Psyche nach dem Trauma. So ist es bekannt ,daß Kinder, allerdings auch Erwachsene, unter der Nachwirkung großer Erregung stehend, reizbar werden. Die Prügeleien und Zänkereien nach vorstehend geschilderten schlimmen Schulstunden kommen in ihrem psychogenen Charakter ungemein den Explosionen nahe, die wir bei den geisteskranken Verbrechern finden. Bei dem normalen Kinde nimmt allmählich die Widerstandsfähigkeit des Gehirns gegen schädliche Reize zu. Es gewöhnt sich daran, sich nicht verblüffen zu lassen. Die stark ausgesprochene Vulnerabilität ist aber keineswegs ein Zeichen psychopathischer Veranlagung. Die erstere beweist häufig nur die große Aufnahmefähigkeit der kindlichen Psyche. Mangel an Vulnerabilität beruht meist auf Stumpfsinn, Indolenz und auf der Unfähigkeit, Reize überhaupt zu verarbeiten. Das nicht vulnerable, nicht psychogen beeinflußbare Gehirn ist steiniger Boden, auf dem nicht viel Wachstum zu erwarten steht. Das geistig regsame, aufmerkende, aber auch tief fühlende Gehirn ist fruchtbarer Boden, auf dem sich die intellektuellen und Gefühlsfunktionen entwickeln können. Zum Schutz der langsam reifenden seelischen Funktionen, des Gedächtnisschatzes, des Begriffsgebietes usw. bedarf das geistesgesunde Hirn der Hemmungen, die das psychische Trauma abwehren und den Überschuß an seelischer Erregung kompensieren. So

entwickelt sich die Schlagfertigkeit im Reden und die Geistesgegenwart im Handeln, vor allem die Selbstbeherrschung, der die Affekte niederzwingende Wille. Ärger, Angst, Kummer werden durch mächtige Gegenvorstellungen unschädlich gemacht, und das zu intensive Aufgehen in Gefühlsäußerungen wird durch die Vorstellungen der Bewegungen des Handelns verhindert und ersetzt.

Betrachten wir nun ein besonders häufiges Krankheitsbild, das uns bei der Durchsicht der Haftpsychosen entgegentritt, das Bild der Hemmung auf sprachlichem und motorischem Gebiete mit vorübergehenden und wenig im Bilde prominierenden Gesichtshalluzinationen. Der Kranke verfiel im Gefängnis bald nach seiner Einlieferung in einen Zustand von Gebundenheit. Motorische Erregung fehlte. In der Anstalt liegt er mit ängstlichem Gesichtsausdruck da, antwortet nicht auf Fragen. Wird er angefahren, so stottert er zitternd die unsinnigsten Antworten hervor. Er weiß nicht, wie er heißt, wie alt er ist usw. Anamnese ergibt, daß er bis zur Verhaftung ein geistesgesunder Mensch war, der keine psychopathischen Züge zeigte. Von Zeit zu Zeit schreckt er auf, springt auch wohl aus dem Bett; aus seinen Reden geht hervor, daß er schreckhafte Gestalten, Gesichter sieht. Nach Monaten bessert sich der Zustand. Patient ist in Abwesenheit des Arztes wieder munter und geistig regsam, liest, spielt Karten usw. Dem Arzte gegenüber ist er noch gehemmt. Er wird angefahren und aufgefordert, ordentliche Antworten zu geben. Plötzlich ist der Kranke völlig verändert. Das Gesicht bekommt einen ängstlichen Ausdruck, er wird blaß oder rot, Schweiß tritt auf die Stirn, er fängt an zu zittern, er atmet krampfhaft, die Knie zittern, der ganze Körper schüttelt sich, schließlich kann er vor Zähneklappern nicht einen Laut von sich geben, er muß sich setzen, weil die Füße ihren Dienst versagen. Psychisch stellt sich dieselbe Lähmung ein. Er weiß nicht mehr, wie er heißt, wo er ist, wie alt er ist usw. Die typisch psychogene Demenz ist wieder da. Er bietet aber auch in jedem Detail das Bild eines unter psychischem Shok stehenden Kindes. Der Gesichtsausdruck und die ganze gedrückte Haltung, der stiere Blick, mit dem der Arzt angesehen wird, das alles ist so charakteristisch, daß der Geübte auf jeder Photographie, die diesen Typus zeigt, sofort die Diagnose auf eine Haftpsychose stellen kann. Die Gleichartigkeit der Photos der Strafgefangenen ist ungemein auffallend.

Wie ein geprügelter Hund, der schweigend den Herrn anstarrt und bewegungslos daliegt, ohne imstande zu sein, sich von der Stelle zu rühren, genau so verhält sich der unter dem Drucke gewaltiger innerer Erregung zusammengebrochene und gelähmte Mensch. Wie das mißhandelte und gewissermaßen vor Furcht erstarrte Tier beim ersten freundlichen Blick seines Herrn aufspringt und seine motorische Beweglichkeit völlig wiedererlangt, so ändert sich bald nach Entfernung des Arztes das Benehmen des Kranken, vorausgesetzt, daß sein Zustand schon stark gebessert war. Patient setzt das Kartenspiel wieder fort und ist wieder leidlich frei in seinem ganzen Benehmen. Vor allem die Denkhemmung ist verschwunden. An Simulation würden in solchem Falle viele Fachleute denken. Ich erinnere solchen Einwänden gegenüber einfach an den psychogenen Zustand des Kindes, das sicher nicht simuliert.

Schließlich möchte ich noch kurz bemerken, wie man sich den Zusammenhang dieses Symptomenkomplexes mit bestimmten körperlichen Kennzeichen, die ins Auge fallen, vielleicht denken kann. Wenn wir den klassischen psychogenen Zustand, wie wir ihn bei geistig noch nicht entwickelten Individuen finden, betrachten, so fallen zunächst die schweren vasomotorischen Erscheinungen ins Auge. Von *Kornfeld* wurde bei psychogenen Zuständen eine Erhöhung des Blutdruckes und vermehrte Gefäßkontraktion, von *Janet* im Gegensatz dazu eine Herabsetzung desselben festgestellt. *Müller* vermochte diese psychogene Zirkulationsstörung weiterhin in zentraler Richtung zu verfolgen. Er wies nach, daß es zu kongestiven Blutüberfüllungen im inneren Ohr kommt, die an der Hyperämie des Trommelfelles kenntlich war. Daß an den zu Lähmungen führenden psychogenen Zuständen, nämlich der Hysterie, die Gefäßerweiterung in den gelähmten Extremitäten zu zyanotischer Verfärbung und ödematosen Schwellungen führt, ist genügend bekannt. Weiterhin ist seit langem nachgewiesen, daß Ödeme auf psychogener Basis zustande kommen. Die ödematös geschwollenen Glieder pflegen sich kühl anzufühlen, deutliche Herabsetzung der Temperatur zu zeigen. Ich verweise auf die einschlägigen Ausführungen von *Raymond-Cestan*, der neben dem bekannten blauen Ödem ein weißes Ödem beschreibt. Die bisher blau verfärbte Haut wurde blaß und blutleer. Die Schwellung aber blieb. Wenn wir die vorerwähnte bekannte äußerst lebhafte Reaktion des Herznerven-

systems auf psychische Traumen in Betracht ziehen, so muß angenommen werden, daß der erste und wichtigste Effekt einer Erregung die Erregung der vasomotorischen Sphäre ist. Da wir die psychogene Zirkulationsstörung bis ins innere Ohr verfolgen können, und da dieselbe sich so mächtig in der abnormen Herzaktion und den Änderungen des Blutdrucks äußert, so wäre es seltsam, wenn das Gehirn, das eine so deutliche Reaktion zeigt, von den Verhältnissen der Zirkulation unberührt bliebe. Es ist äußerst wahrscheinlich, daß an derselben Zirkulationsstörung, die wir äußerlich wahrnehmen können, auch das System der Hirngefäße partizipiert. Wir werden daher bei den psychogenen Zuständen Kontraktion der Blutgefäße oder Hyperämie anzunehmen haben. Analog dem abnormen Stillstande verschiedener Drüsensekretionen (Speicheldrüse), die nachweislich auf der Kontraktion der zuleitenden Blutgefäße beruhen, werden wir als Folge der akuten mehr oder weniger ausgebreiteten Anämie Ausfallserscheinungen der Gehirntätigkeit erwarten müssen. Die Hirnleere, die von den Kranken und Gesunden unter Einwirkung eines psychischen Shoks empfunden wird, ist Blutleere des Gehirns. Der plötzliche Stillstand des Denkens ist durchaus erklärlich. Unter psychogenem Einflusse finden wir aber nicht nur Kontraktionen der Blutgefäße, sondern Erweiterung derselben und Ödem. Und dieses Ödem finden wir meist in Verbindung mit Hyperämie, in seltenen Fällen (*Raymond-Cestan*) auch bei Anämie und Blutleere. Die Wirkung des Ödems in der Haut, wo sich grobe Verhältnisse finden und nur in geringem Grade die geschützt gelegenen Nervenelemente betroffen werden, ist durch die lokalanästhetischen Studien (unter anderen von *Schleich*) genügend geklärt. Durchtränkung des Gewebes mit Flüssigkeit (artifizielles Ödem) führt durch mechanische Kompression der Nerven zur Anästhesie, zur Aufhebung ihrer Funktion. In dem ungemein zarten, eines umhüllenden Schutzes gänzlich entbehrenden Nervengewebe muß selbstredend schon ein geringes Ödem völlige Aufhebung der Funktion der Nervenelemente, d. h. völlige Denkhemmung, veranlassen. Alle anderen Reiz- und Lähmungserscheinungen, wie wir sie besonders bei den hypotethischen schweren Molekularveränderungen des Nervengewebes finden, sind durch die längere Dauer der Zirkulationsstörungen, durch den Wechsel derselben, wie wir ihn im Gesicht feststellen (Erröten und Erblassen) und durch die Lokalisation des Ödems zu er-

klären, das selbstverständlich mehr oder weniger umschriebene Bezirke treffen kann. Denn auch in dieser Beziehung treten die analogen Verhältnisse an anderen dem Auge oder Ohr zugänglichen Organen erkenntlich zutage. Mit dem Aufhören der Blutdruckveränderung und der Zirkulationsstörung im Gehirn muß auch das Krankheitsbild wieder schwinden. Daher auch die überraschende Genesung der Haft- und sonstigen psychogenen Psychosen. Wenn sich aber schwere hysterische Stigmata finden, die auf dauernde Veränderungen der Zirkulation der Hirngefäße hindeuten, so wird naturgemäß die Prognose ungünstiger ausfallen. Letzteres wird durch die Erfahrung bestätigt. Ebenso wird die Prognose sich verschlechtern müssen, wenn der Nachweis mancher degenerativer psychopathischer Züge, wie wir sie bei Degenerativen finden, oder die hereditäre Belastung eine vorher dauernd bestehende Anomalie des Gefäßsystems und des Hirngewebes vermuten lassen. Auch diese Vermutung wird durch die Erfahrung bestätigt.

Hinweisen möchte ich an dieser Stelle darauf, daß die paralytischen Anfälle, welche plötzlich bei vorher leidlich erhaltenem Intellekt zu schwerster Demenz unter Krämpfen und Lähmungen führen. sich häufig so überraschend gut zurückbilden, daß das Fortschreiten des Prozesses im Nervengewebe selbst mit Läsion desselben auszuschließen ist. Man kann, wenn ein scheinbar schwerer Intelligenzdefekt evident schwindet, nur an eine vielleicht zirkumskripte Zirkulationsstörung denken. Ausschließlich durch eine solche, vielleicht in Verbindung mit Ödem, sind die motorischen Reiz- und Lähmungserscheinungen zu erklären, die sich als reparabel erweisen. *Mendel* hat bekanntlich schon längst auf diese Erklärung hingewiesen. Durch pathologisch-anatomische Untersuchungen wird wohl kaum festzustellen sein, welche Veränderungen im Gehirn und dessen Gefäßen den psychogenen Zuständen zugrunde liegen. Denn die rein psychogenen Zustände sind vorübergehend und gefährden das Leben nicht. Es könnte höchstens durch Betrachtung des eröffneten Gehirns bei intelligenten Tieren, bei denen sich, wie erwähnt, analoge Zustände artifiziell herstellen lassen, das Verhalten der Hirnzirkulation bis zu einem gewissen Grade einer Prüfung unterzogen werden. Die Lähmungserscheinungen, Schlottern der Knie, Unfähigkeit, sich fortzubewegen oder nur ein Glied zu rühren angesichts schwerer Lebensgefahr,

Aufhören oder Herabsetzung der Fähigkeit, zu sehen und zu hören, die Stimmbandlähmung, welche den beabsichtigten Hilferuf verhindert, ebenso die Reizerscheinungen, Tremor des ganzen Körpers, krampfhafte Bewegungen der Kaumuskulatur, Schluchzen und Weinen usw., alle die bekannten Erscheinungen, welche typisch psychogen sind, wären in derselben Weise durch Blutleere oder Kompression der zarten Nervenelemente der motorischen Region zu erklären. Dahingestellt mag sein, ob eine Erweiterung der Gefäße allein bereits genügt, um den Stillstand der Funktionen der zelligen Elemente herbeizuführen, oder ob es nicht in den schweren Fällen mit seit Jugend bestehenden Gefäßveränderungen (zahlreiche psychopathische Züge und durch Hirnleiden der Vorfahren geschädigte Keimanlage) zu einem mehr oder weniger ausgebreiteten Ödem kommt. Als Beispiel für psychogene Lähmungen mag die bekannte Erfahrung angeführt werden, daß völlig geistesgesunde Personen, die recht gut schwimmen, aber noch keine große Übung in dieser Körperbewegung haben, plötzlich kein Glied bewegen können, wenn sie aus der Beobachtung ihres Lehrers in einen Raum hineinschwimmen, in dem sie das Gefühl haben, nicht mehr gesehen zu werden, also in Gefahr zu sein. Es sind mir drei Fälle bekannt, in denen die betreffenden Personen nur durch Zufall von dem Tode des Ertrinkens gerettet wurden. In dem einen Falle war die betreffende Person ziemlich weit und völlig sicher in einen See hineingeschwommen. In demselben Moment, wo nach der Rückkehr eine Holzüberdachung einer nur kleinen Wasserfläche das Gefühl, allein und ohne Hilfe zu sein, veranlaßte, vermochte der Schwimmer weder die regelrechte Schwimmbewegung auszuführen, noch laut um Hilfe zu rufen. Gerade beim Schwimmen, einer einfach zu erlernenden Körperhaltung und koordinierten Bewegung, ist das psychogene, Lähmungen bei gesunden Personen erzeugende Moment sehr offensichtlich. Die beständige Gefahr, unter Wasser zu gehen, wirkt beim Lernenden als psychisches Trauma, das erst nach längerer Zeit durch die erworbene Gegenvorstellung, die Schwimmbewegung sicher zu meistern, kompensiert wird. In zwei Fällen, in denen ich persönlich in der Lage war, Hilfe zu leisten, konnte ich bei den Ertrinkenden feststellen, daß sie nicht vermocht hatten, laut um Hilfe zu rufen. In beiden Fällen hörte, wie bei jedem psychogenen Zustand, akut, sofort nach Auftauchen der Vorstellung der Gefahr jede Fähigkeit, die erlernten zweckmäßigen Bewegungen auszu-

führen, auf. Die Bewegungsvorstellungen, die den erforderlichen Muskelkontraktionen zugrunde liegen, schwinden offenbar plötzlich aus dem Gedächtnis, und das blutleere Nervengewebe wird funktionsunfähig. Das heißt, wir haben die charakteristische Denkhemmung vor uns.

Anschließend an diese psychologischen Gesichtspunkte wäre es vielleicht von Interesse, auf die soeben angewandte Bezeichnung dieser Zustände von Hirnleere als „Demenz" einzugehen. Ich halte den Ausdruck nicht nur für falsch, sondern für schädlich und dem richtigen Verständnis dieser Hirnzustände hinderlich. *Sommer* hat den Ausdruck „psychogener Schwachsinn" geprägt, den er in ähnlichem Sinne anwendet. Unter Schwachsinn oder Blödsinn (Demenz) versteht man einen Defekt, einen dauernden Verlust bestimmter seelischer Funktionen. Da bekanntlich im Zellengewebe der Hirnmasse Regenerierungen zerstörter oder Neubildung von Geburt fehlender Teile nicht oder nur im geringen Grade möglich sind, so wird man mit dem Begriff der Demenz unwillkürlich und meines Erachtens zu Recht den Begriff der Irreparabilität der Ausfallserscheinungen verbinden. Bei der Psychogenie fehlen diese beiden Kriterien der beiden Demenzformen, der angeborenen und der erworbenen. Denn die Zelle ist intakt, ihre Funktion ist nur gesperrt, wie eine Maschine still steht, wenn ein Keil in ihr Rädergetriebe gesteckt wird. Erst bei längerem Stillstand der psychischen Funktion tritt eine Art Atrophie ein, die der Inaktivitätsatrophie einer jeden anderen Körperzelle und jedes anderen Organs gleichwertig ist.

Es fehlen also den psychogenen Zuständen

1. das Kriterium einer pathologisch-anatomischen Läsion oder Mißbildung des Gehirns im Gegensatz zu der Imbezillität,,

2. das Kriterium einer krankhaften Störung der Funktionen des Gehirns, wie wir eine solche bei der abgelaufenen Praecoxdemenz finden.

Daher ist der psychogene Zustand keine Demenz, sondern Stillstand einer sonst nicht veränderten Funktion. Daß das Gehirngewebe intakt bleibt und nicht abnorm verändert wird durch den Eintritt des psychogenen Zustandes, beweist die plötzlich einsetzende normale Funktion des Gehirns. Wenn dadurch bewiesen wird, daß die Bezeichnung Demenz unrichtig und durch nichts zu rechtfertigen ist, so muß in zweiter Linie darauf hingewiesen werden, daß dieselbe schädlich ist. Gerade der Ausdruck Demenz erschwert das richtige Verständnis und damit die forensisch so notwendige Erkenntnis der psycho-

gen charakterisierten Psychosen. Denken wir zunächst an den Laien, also den Richter, dem der Sachverständige mit der Diagnose psychogene Demenz entgegentritt. Weil er häufig eine richtige Vorstellung mit dem Begriff des Schwachsinns und der Idiotie verbindet, muß er völlig verständnislos den Ausführungen des Psychiaters gegenüberstehen. Verwirrung wird angerichtet und Mißtrauen erweckt, wo gerade bei gutem Verständnis Klarheit geschaffen werden könnte. Aber auch im Interesse der Sachverständigen liegt es, den psychogenen Symptomenkomplex durch eine zutreffende Bezeichnung hervorzuheben, damit der große Wesensunterschied der beiden heterogenen Gehirnzustände auch im Wort zum Ausdruck kommt. Für den Stillstand der psychischen Funktionen einen anderen Ausdruck zu wählen wie das Wort „Hemmung" scheint mir unnötig. An den Begriff der Lähmung, der vielleicht in Frage käme, knüpft sich die Vorstellung einer Läsion, wenn auch unberechtigterweise, während wir mit der Bezeichnung Hemmung zugleich das Fortbestehen der Aktivitätsmöglichkeit des betreffenden Organs zum Ausdruck bringen.

Ich habe im vorstehenden psychologische Erkenntnisse und Erfahrungstatsachen erörtert, die in ihren Grundzügen jedem Laien, jeder Mutter, die ihr Kind beobachtet, bekannt sind. Wieviel mehr müßte jeder psychiatrische Sachverständige diese Dinge, die so selbstverständlich erscheinen, bei Beurteilung der Haftpsychosen, welche wohl als psychogene Zustände auf Grund krankhafter Veranlagung aufzufassen sind, stets im Auge behalten. Leider aber geschieht das nicht. Tag für Tag kann man die Erfahrung machen, daß der psychogene Symptomenkomplex in forensischen Fällen verkannt wird. Hemmung wird für Demenz gehalten, psychogene Erregung und sonstige Symptome werden mit ähnlichen katatonischen Zuständen verwechselt. In den meisten Fällen, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte, wurden die Diagnosen Imbezillität, Idiotie, Dementia, Katatonie oder Simulation gestellt. Der Gutachter pflegt die falschen Schlüsse, welche ich zu Anfang meiner Erörterungen erwähnt habe, in logischer Konsequenz seiner Fehldiagnose zu ziehen. Es sind das Unheilbarkeit der Psychose und das Bestehen von Unzurechnungsfähigkeit zur Zeit der Straftat.

Ausführlicher hoffe ich in einem späteren Aufsatz auf die Differentialdiagnose der psychogenen, vorstehend berührten Psychosen und ihre forensische Bedeutung eingehen zu können.

# Über einen Fall von hysterischem Dämmerzustand mit retrograder Amnesie.[1])

Von

Dr. **Matthies.**

Krankheitsgeschichte. — Am 22. März 1902 wurde spät abends im Tiergarten am Spreeufer eine Frau dabei betroffen, wie sie einen Ring ins Wasser warf und sich ihrer Kleider entledigte. Von einem Schutzmann zur Revierwache gebracht, machte sie offenbar den Eindruck einer Geistesgestörten, so daß der zuständige Kreisarzt herbeigerufen wurde. Bei dessen Eintreffen saß sie ruhig da, mit starrblickenden Augen, hatte ein gerötetes Gesicht, beschleunigten Puls, antwortete nur auf eindringliches wiederholtes Fragen, sprach dabei in verworrener Weise und in abgerissenen Sätzen und machte Andeutungen, aus denen die Absicht, sich das Leben zu nehmen, hervorging. Über ihre Personalien war keine Auskunft zu erhalten. Der Kgl. Kreisarzt erachtete sie daraufhin mit so hoher Wahrscheinlichkeit für geisteskrank, daß er wegen Gemeingefährlichkeit und Hilfsbedürftigkeit die Aufnahme in eine Irrenanstalt für notwendig hielt. Im Verlauf der Nacht wurde sie als „unbekannte Frau" der Irrenanstalt Dalldorf zugeführt. In Dalldorf blieb zunächst der eben beschriebene Zustand unverändert. Patientin war weder zeitlich noch örtlich orientiert, ängstlich, zurückhaltend in ihren Äußerungen. Von den Vorgängen auf der Polizeiwache hatte sie nur eine ganz dunkle Vorstellung und wußte nicht, zu welchem Zweck sie dahin gebracht worden war. Die Schutzleute hielt sie für Soldaten, man hätte sie durch einen Wald

---

[1]) Aus der Irrenanstalt Dalldorf (Direktor: Geheimer Medizinalrat Dr. *Sander*). — Der Fall wurde in den ersten vier Jahren von Herrn Oberarzt Dr. *Klipstein*-Herzberge beobachtet und von ihm in der Märzsitzung 1904 des Psychiatrischen Vereins zu Berlin demonstriert. Zu dieser Besprechung wurde vom Verfasser in der Märzsitzung 1906 desselben Vereins ein Nachtrag gebracht. Vgl. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 61, Heft 5 und ebenda Bd. 64, Heft 2-3.

geführt. Auf die Frage, warum sie habe ins Wasser gehen wollen, gibt sie zur Antwort, sie müsse Ruhe haben, da müsse sie schlafen, da müsse sie hinein. Über ihren Namen und Herkunft konnte sie keine Angaben machen. Es stellte sich heraus, daß sie für ihre ganze Vergangenheit die Erinnerung größtenteils verloren hatte. Nach wiederholten mühsamen Explorationen konnte einiges aus ihrem Leben ermittelt werden, was auch in der Folgezeit keine wesentliche Erweiterung erfuhr. Von ihrem Geburtsort weiß sie nur, daß er rings von Wald umgeben war. Die Schule habe sie in Danzig besucht; sie nennt die Namen einiger Schulfreundinnen. Sie sei verheiratet und in der Johanniskirche getraut worden, das wäre aber lange, lange her. Sie habe fünf Kinder gehabt, die jedoch alle gestorben seien. Der Mann wäre Kaufmann, sie hätte ihn lange nicht gesehen. Die Beschäftigung mit Musik und Literatur hätte ihr am meisten zugesagt. Als ihren Namen gab sie schließlich „Eva Hoffmann" an, jedoch so unsicher, daß die Richtigkeit sehr zweifelhaft war. Überhaupt erfolgten ihre Antworten nicht in klarer Weise, sondern umschreibend, dabei stockend und abgerissen. Beim Lösen von Rechenaufgaben und einfachem Rückwärtszählen macht sich das Symptom des Vorbeiredens deutlich bemerkbar. So rechnet sie: $8 \times 9 = 73$, $6 \times 7 = 43$, $5 \times 9 = 55$, $35 : 7 = 3$, und zählt rückwärts: 11, 10, 8, 6, 4, 2, 1.

Sie glaubt in einem Krankenhause zu sein, doch hätten die Leute einen so wunderlichen Ausdruck. Die körperliche Untersuchung ergab zunächst das Bestehen einer Gravidität im siebenten Monat. Patientin war eine Frau von etwa 40 Jahren, mit mäßigem Fettpolster. An den inneren Organen waren krankhafte Veränderungen nicht nachweisbar. Die Pupillen sind gleich und reagieren prompt. Augenbewegungen intakt. Das Gesichtsfeld ist beiderseits konzentrisch eingeengt. Facialisinnervation ist gleichmäßig. Bei der Sensibilitätsprüfung zeigt sich Anästhesie des ganzen linken Armes, außerdem der linken Brust- und Bauchhälfte, wobei die Grenze genau in der Mittellinie verläuft. Temperaturunterschiede werden an diesen Körperregionen nicht wahrgenommen. Bei Augenschluß werden Gegenstände mit der linken Hand zwar richtig, aber nicht so schnell erkannt, wie mit der rechten. Komplizierte Bewegungen werden exakt ausgeführt, jedoch macht sich bei den mit der linken Hand vorgenommenen öfter ein Vorbeifahren bemerkbar. Den linken Arm vermag Patientin bis zur Horizontalen zu heben. Mit der rechten Hand drückt Patientin das Dynamometer auf 70, mit der linken nur auf 20; bei stärkerer Anstrengung tritt Tremor ein.

*Romberg*sches Symptom ist nicht vorhanden.

Die Reflexe sind normal, nur die Patellarreflexe etwas lebhaft.

Geschmacks- und Geruchsvermögen ist links herabgesetzt.

Die linke Mamma ist amputiert, eine Narbe verläuft quer über die linke Thoraxhälfte. Patientin wußte weder, wann und wo die Operation ausgeführt wurde, noch wie der behandelnde Arzt hieß.

Patientin wurde dann allmählich klarer, jedoch wechselte der Zustand; zeitweise erschien das Bewußtsein wieder stärker getrübt, die Apperzeption erschwert. Anfang April war sie über Zeit und Ort leidlich orientiert; über andere Kranke spricht sie auf Befragen in sinngemäßer Weise. Indes blieb sie bei der Unterhaltung mit dem Arzt gedrückt und ängstlich. Sinnestäuschungen schienen nicht vorhanden zu sein. Patientin schlief des Nachts gut, klagte aber öfters über schlechte Träume, erzählt, daß sie mit Blumen geschmückte Särge, Feuer und Wasser gesehen habe. Eine gewisse Willensschwäche macht sich insofern bemerkbar, als sie auf Fragen zögernd und stockend antwortet. Über ihre Vergangenheit sind die Angaben nach wie vor spärlich; bei diesen Erörterungen weint sie oft. In der Stadt, wo sie zuletzt gewohnt hat, seien breite, schöne Straßen, meint, es könne Danzig gewesen sein, schränkt diese Aussage aber gleich wieder ein, sie wisse es nicht, nennt Schneidemühl, das könne aber auch nicht sein, es wäre ein Hafen da gewesen. Sie bleibt dabei, daß sie in Danzig bis zum 16. oder 17. Jahre zur Schule gegangen sei. Eingehenden Fragen weicht sie aus und sagt immer wieder nur, „das ist so lange her, wenn ich das wüßte".

Patientin unterhält sich freundlich mit Pflegerinnen und anderen Kranken, schließt sich an einige besonders an, erzählt ihnen aber über ihr früheres Leben auch nicht mehr als dem Arzt. Ihre Merkfähigkeit ist nicht gestört; sie erinnert sich sowohl ihrer eigenen Äußerungen als auch der Fragen und Einwendungen der Ärzte. Ihre Umgebung beurteilt sie richtig. Patientin macht einen intelligenten Eindruck, beschäftigt sich zeitweise mit leichter Handarbeit. Von ihrer Gravidität hatte Patientin anscheinend keine Ahnung; sie sprach oft von Würmern im Leibe, die sie verschluckt hätte, und erklärte auch einen im Mai erlittenen Ohnmachtsanfall, der schnell und ohne nachträgliche Erscheinungen vorüberging, damit, daß ihr die Würmer hochkämen, da sei ihr schwarz vor den Augen geworden. Gegen Ende des Monats hatte sie öfter Schwangerschaftsbeschwerden, klagte über ziehende Schmerzen im Rücken, häufigen Harndrang, Schwäche in den Beinen, Appetit- und Schlaflosigkeit. Sie erinnert sich zwar, daß sie die Menses seit langer Zeit nicht gehabt hätte, faßte jedoch die Äußerung des Arztes, daß sie schwanger sein könnte, als Scherz auf, das Gefühl im Leibe sei ein anderes, so wäre es bei früheren Schwangerschaften nie gewesen. Die Stimmung ist vorwiegend deprimiert. Wiederholte Nachprüfungen der Sensibilitätsstörung ergeben stets dasselbe Resultat; Patientin steht dieser Anomalie gleichgültig gegenüber, sie habe bisher nichts davon gewußt. Am 5. Juli 1902 wurde sie von einem gesunden, kräftigen Knaben entbunden. Schon einige Tage vorher war sie in ihrer Annahme, daß sie Würmer im Leibe habe, doch schwankend geworden und gab schließlich die Möglichkeit zu: es sei ihr eingefallen, daß sie am Ende doch in andern Umständen sein könnte. Weiteres war aber hierüber nicht zu erfahren.

Das Kind wurde alsbald dem Waisenhause übergeben und ihm auf Wunsch der Patientin die Namen Ernst Paul Franz beigelegt, ohne daß sie gerade für die Wahl dieser Namen eine Erklärung gab. Sie zeigte weiter kein Interesse für das Kind, welches bereits im März 1903 starb. Die Todesursache wurde uns nicht bekannt. Patientin erholte sich bald, blieb jedoch wechselnder Stimmung; sie behauptete, immerfort über ihre Vergangenheit nachzudenken, es fiele ihr aber nichts ein, und das stimme sie traurig.

Mitte Juli wurde Patientin, um Abbildungen von ihr, zwecks Feststellung ihrer Persönlichkeit, an Behörden zu versenden, photographiert. Bei dieser Gelegenheit erhielt Patientin ihre eigenen Kleider; hierunter fand sich auch eine Schürze, und als Patientin dieselbe sah, kam ihr plötzlich die Erinnerung, daß sie eine Tochter habe, die Käte mit Vornamen heiße und etwa zwölf Jahre alt sei. (Die Schürze gehörte ihrer Tochter.) Gleichzeitig äußerte sie wieder Bedenken, daß der Name Hoffmann zutreffend sei, er komme ihr fremd vor, es sei ihr so, als ob der Name kürzer war. Der Name des Vaters, also ihr Mädchenname, ist ihr gänzlich entfallen. Fast täglich wird Patientin nach Einzelheiten gefragt: es sei ihr zweifelhaft, ob sie von Danzig abgefahren sei, denn sie wisse, daß der Hafen, Neufahrwasser, von Danzig eine halbe Stunde abliege, da, wo sie zu Hause sei, wäre der Hafen viel näher. Sie besinnt sich darauf, daß sie bei der Abreise ihre Tochter Käte allein zurückgelassen habe. Von ihrem Manne könne sie sich jetzt eine Vorstellung machen: sie sehe ihn durch das Zimmer schreiten, er war fast einen Kopf größer wie sie und trug eine goldene Brille; „Robert" sei er gerufen worden. Weiter reiche aber die Erinnerung nicht, sie hätte die Empfindung, als wenn das alles so furchtbar lange her sei, 20, 30 Jahre.

Patientin ist oft hypnotisiert worden, was leicht bei ihr gelang, doch sprach sie in der Hypnose über ihre Vergangenheit auch nicht mehr wie im Wachzustande. Nur einmal änderte sie ihren Vornamen dahin, daß sie behauptete, die Mutter hätte zu ihr „Emmi" gesagt; später wurde sie wieder unsicher, es sei doch wohl „Eva" gewesen. Posthypnotische Suggestionen wurden ihr wiederholt erteilt, hatten aber keinen Erfolg. Bei Wiedergabe ihrer Erinnerungen an Danzig erwähnte sie neben andern Örtlichkeiten besonders oft die Wollwebergasse. Auf ein diesbezügliches Schreiben der Anstaltsdirektion an das Einwohnermeldeamt in Danzig lief die Nachricht ein, daß dort in der von Patientin genannten Straße tatsächlich ein Kaufmann H. gewohnt hatte, der aber inzwischen, wie auch dessen Frau, verstorben war; eine Tochter dieser Leute jedoch, deren Alter dem unserer Patientin entsprach, war 1896 nach Berlin verzogen. Die Recherchen des Polizeipräsidiums ergaben, daß diese Person mit unserer Kranken nicht identisch war.

Mitunter wurden bei Patientin ganz plötzlich durch irgendwelche Vorgänge in ihrer Umgebung oder andere Ursachen Erinnerungsbilder

wachgerufen. Als sie z. B. eines Tages vom Tegeler Schießplatz her das Abfeuern der Kanonen hörte, erinnerte sie sich, daß vor langer Zeit auch in ihrer Heimat geschossen wurde, man habe damals das Nahen des Feindes zur See befürchtet, das müsse wohl 1870 gewesen sein; sie war noch ein Kind, und daraus schließe sie, daß sie Anfang der sechziger Jahre geboren sei, es könnte der 2. Oktober gewesen sein. Beim Betrachten einer bestimmten Lokalisation im Anstaltsgarten fällt ihr eine scherzhafte Szene aus ihrer Kindheit ein, und dabei erinnert sie sich des Namens ihrer ehemaligen Erzieherin, Fräulein D. Daraufhin schrieb sie einen Brief an Fräulein D. nach Danzig. In demselben schilderte sie diese Szene, beschrieb die Umgebung des Elternhauses, die Lage einzelner Zimmer; sie entsinne sich, daß sie oft nach einem nahen Vergnügungsort Jäschkenthal und Zinglershöh gegangen wären; sie habe infolge einer Krankheit ihr Gedächtnis verloren und könne nicht sagen, wer sie sei; sie bäte sie, ihr aus dieser Verlegenheit zu helfen und ihr Nachricht zu geben. Der Brief kam leider als unbestellbar zurück. In einem Gespräch, das Patientin mit einer andern Kranken (Patientin R.) führte, erwähnte letztere, daß sie bei einem Oberförster B. in Königswiese bei Schwarzwasser im Dienst gewesen war. Da kam Patientin die Erinnerung, daß sie als Kind mit ihren Eltern oft in K. zu Besuch weilte. Patientin beschrieb Lage und Einrichtung des Forsthauses genau und richtig, wie es von der Kranken R. bestätigt wurde. Nur konnte sie auf den Namen des damaligen Oberförsters, der ein Vorgänger des Dienstherrn der Patientin R. gewesen war, nicht kommen. Diese Mitteilungen wurden der Berliner Armendirektion berichtet, die sich ihrerseits durch den Gemeindevorstand in Königswiese Namen und derzeitigen Aufenthaltsort mehrerer dort beschäftigt gewesener Oberförster angeben ließ. Drei in Frage kommenden Beamten wurden die hier angefertigten Photographien unserer Patientin mit einem entsprechenden Begleitschreiben zugeschickt, doch kannte sie keiner derselben. Patientin beschäftigte sich in der Anstalt eifrig mit Klavierspiel. Während sie früher, wie sie sich erinnerte, viel auswendig spielen konnte, waren jetzt die meisten Stücke ihrem Gedächtnis entschwunden, nur Tänze kämen ihr von selbst in die Finger. Es soll hier gleich erwähnt werden, daß Patientin später, auch bis in die Gegenwart, niemals mehr versucht hat, festzustellen, ob sie diese Fähigkeit des Auswendigspielens wiedererlangt hat. Nach Notenvorlage spielt Patientin auch schwierige Sachen. Als Patientin mit einer andern Kranken zusammen musizierte, die beim Spiel sehr flüchtig war, fiel ihr ein, daß sie mit ihrem Manne oft vierhändig gespielt hatte, und daß auch er dabei nicht exakt war, was dann zu Streitigkeiten Anlaß gab. Beim Durchsehen von Notenheften der Anstaltsbibliothek liest sie den Namen eines Komponisten und entsinnt sich, daß dieser einst ihr Klavierlehrer gewesen war. Patientin hatte schon vorher öfter von einem bekannten Musiker gesprochen, bei dem sie in Danzig Klavierunterricht gehabt hätte, doch konnte sie sich seines

Namens nicht erinnern. Es wurde ihr das Berliner Adreßbuch zum Durchblättern gegeben, um sie in ähnlicher Weise auf den Namen ihres Mannes zu bringen, der ihr, wie sie immer und auch in Hypnose sagte, auf den Lippen schwebe, jedoch wurde nichts damit erreicht. Während des Weihnachtsfestes 1902 war sie verstimmt, weinte viel, sonderte sich von den übrigen Kranken ab, hatte aber ein gelungenes Weihnachtsgedicht verfaßt. Patientin erwies sich als äußerst geschickt in der Anfertigung von Stickereiarbeiten, war sehr produktiv im Entwerfen neuer Muster und machte sich damit für die Anstalt recht nützlich. Bei Anstaltsfestlichkeiten wirkte sie oft in dankenswerter Weise mit durch Klavierspiel und Vortrag eigener Gedichte. Zeitweise litt sie unter leichten Migräneanfällen.

Im Februar 1903 wurde sie zum ersten Male nach Berlin beurlaubt. Sie hatte erzählt, daß sie vor langer Zeit öfter mit ihrem Manne nach Berlin gereist wäre. Sie fand aber keine Erinnerungen, nur erkannte sie ein Restaurant wieder, das sie damals besucht hatten.

Die Sensibilitätsstörung ist bisher im wesentlichen unverändert geblieben; ihre diesbezüglichen Angaben waren oft unsicher, aber ohne Widerspruch. Der linke Arm konnte höher als bis zur Horizontalen nicht gehoben werden, während die übrigen Bewegungen frei waren. Die rohe Kraft war nach wie vor links bedeutend geringer (20 : 70). Die Gesichtsfeldeinschränkung war jedoch im Sommer 1903 nicht mehr nachweisbar. Koinzidenzen von Wechsel der Sensibilitätsanomalie mit Änderung der Amnesie sind nicht beobachtet worden. (*Janet*, Der Geisteszustand der Hysterischen.) Aufzeichnungen über das Verhalten der Sensibilität in der Hypnose sind nicht vorhanden, nur einmal wird vermerkt, daß Patientin in diesem Zustande Berührungen der linken Hand richtig angibt.

Am 2. Juni 1903 wurde Patientin zu fremden Leuten in Familienpflege gegeben, ohne daß es bis dahin trotz mannigfachster Versuche gelungen wäre, ihre Personalien festzustellen. In der Folgezeit vermochte sie durch die schon erwähnte außerordentliche Geschicklichkeit in der Anfertigung von Stickereiarbeit eine geeignete Beschäftigung zu finden, sie gab weiterhin Klavierunterricht und erteilte Lektionen in französischer und englischer Sprache. Sie arbeitete über ihre Kraft und wollte, wie sie sagte, soviel Geld verdienen, um ihre Tochter Käte aufsuchen zu können. Oft holte sie sich Rat vom Pfleglingsarzte. Sie suchte in Journalen und Büchern nach Erinnerungsobjekten, ohne zu ihrer Betrübnis solche finden zu können. Zu ihren Pflegeleuten sprach sie wenig über ihre Vergangenheit, jedenfalls nichts, was dem Arzte nicht schon bekannt gewesen wäre. Trotz dieser gelegentlichen Äußerungen von Sehnsucht nach den Angehörigen erweckte sie doch häufig den Eindruck, als ob ihr nicht so viel daran gelegen wäre, daß Namen und Herkunft ermittelt würden. Erst im Juni 1905 verlangte sie spontan von ihrem gerichtlich bestellten Pfleger, daß energische Schritte zur Aufklärung getan würden. Ärztlicherseits wurde

ihr geraten, den Pfleger zu veranlassen, einen Antrag zu stellen, dahin, daß ihr von der Berliner Armendirektion die Mittel bewilligt würden, eine Reise nach ihrer vermutlichen Heimat zu unternehmen. Der Antrag wurde gestellt, und die Armendirektion erklärte sich damit einverstanden. Trotz der immerhin spärlichen Angaben konnte es keinem Zweifel unterliegen, daß der Heimatsort in einer der Ostseeprovinzen zu suchen wäre, und daß eine der Hafenstädte in Betracht kam. Da nun anscheinend Danzig eine große Rolle in ihrer Vergangenheit gespielt hatte, wurde beschlossen, sie zunächst dahin zu schicken. Es war anzunehmen, daß, wenn Danzig wirklich ihre Heimatstadt war, sie dort Leute treffen würde, die sie von früher her kannten und in der Lage wären, ihren Namen anzugeben, daß andrerseits durch den Aufenthalt daselbst, durch den Anblick der Stätten ihres früheren Lebens Erinnerungsbilder wachgerufen werden würden, wodurch die Gedächtnisstörung günstig beeinflußt werden konnte. Im Sommer 1904 war seitens der Armendirektion mit genauer Wiedergabe dessen, was Patientin aus ihrer Vergangenheit erzählt hatte, und Beifügung der bereits erwähnten drei Photographien nochmals an die Polizeidirektion zu Danzig, und da die von Patientin genannten Straßennamen zum Teil auch in Königsberg vorkommen, an das Polizeipräsidium daselbst geschrieben worden, jedoch hatten die Recherchen dieser Behörden keinen Erfolg, ebensowenig die Nachforschungen des Polizeipräsidiums zu Berlin. Die Ermittlungen waren deshalb so schwierig, weil mit Bestimmtheit angenommen werden mußte, daß der Name Hoffmann nicht zutreffend war. Während der Zeit, in welcher sich Patientin in Familienpflege befand, ist sie noch oft hypnotisiert worden, ohne dadurch, wie auch schon früher, etwas Neues zu erfahren. Auch die Sensibilitätsstörung ist wiederholt nachgeprüft worden. Sie änderte sich insofern, als in den letzten Jahren die Anästhesie sich nicht mehr auf den ganzen linken Arm erstreckte. Patientin machte bei Berührungen der linken Hand prompte Angaben, bei solchen des Vorderarmes bis zur Ellenbeuge erfolgten die Antworten zögernd, aber meist richtig, während der Oberarm völlig anästhetisch blieb. In gleicher Weise verhielt sich die Schmerzempfindung. Bei Faradisation des Arms fühlte Patientin schwache Ströme nur bis zur unteren Hälfte des Vorderarms, stärkere bis zur Ellenbeuge, am Oberarm dagegen nur ganz starke, und zwar an der Beugeseite mehr als an der Streckseite. Sonst waren keine Veränderungen zu konstatieren. Die Stimmung blieb wechselnd; bei den Erörterungen über ihre Vergangenheit wurde sie fast stets deprimiert. Solche Depressionen traten auch sonst auf aus andern Gründen, die noch erwähnt werden sollen. Patientin war dann außer stande, ihrer Beschäftigung nachzugehen. Die Absicht, Patientin nach Danzig reisen zu lassen, konnte nicht sogleich durchgeführt werden, da sich die Bewilligung der Mittel seitens der Armendirektion in die Länge zog, und als Patientin im Herbst 1905 die Reise antreten sollte, lehnte sie dieselbe des kalten Wetters wegen ab. Die Angelegenheit ruhte dann bis

zum Sommer vorigen Jahres. Patientin selbst drängte nicht, sie wollte, wie sie angab, sich noch etwas Geld dazu verdienen, da ihr die für die Reise bewilligte Summe nicht ausreichend erschien.

Am 5. Juli 1906 reiste Patientin, da eine Begleitung nicht erforderlich war, allein nach Danzig. Herr Kollege *Ziegenhagen* in Danzig, der dieselbe infolge seiner früheren ärztlichen Tätigkeit in Dalldorf kannte, nahm sich auf unsere Bitte ihrer an und unterstützte sie in liebenswürdigster Weise. Bald nach ihrer Ankunft in Danzig machte Patientin einen Spaziergang durch die Stadt und erkannte auch gleich einige Häuser wieder, die für sie von Bedeutung gewesen waren. In der Marienkirche und Johanniskirche wurden die Kirchenbücher nachgesehen, es war aber aus denselben nichts zu eruieren. Am Hafen las sie zufällig auf einem Firmenschild den Namen eines Reeders, und da fiel ihr ein, daß sie zwei Jugendfreundinnen gleichen Namens gehabt habe. Es konnte festgestellt werden, daß die eine dieser Damen in Danzig selbst, die andere in Stettin verheiratet war. Die Begegnung mit der in Danzig lebenden Dame war erfolglos, sie kannten sich beide nicht. Patientin fuhr dann auf Veranlassung und mit einem Empfehlungsschreiben des Herrn Kollegen Dr. Z. nach Stettin und besuchte hier Frau Dr. G., die andere der ebengenannten Damen. Frau Dr. G. kam unsere Patientin bekannt vor, erinnerte sich ihres Mädchennamens jedoch nicht, und es konnte auch sonst durch diesen Besuch nichts Positives ermittelt werden. Frau Dr. G. legte unserer Kranken ein Album vor, das die Photographien von Freundinnen aus früherer Zeit enthielt, Patientin konnte aber ihr bekannte Persönlichkeiten darin nicht entdecken, auch war Patientin selbst auf Bildern, die Gruppen von Kindern aus der Schulzeit der Frau Dr. G. darstellten, nicht herauszufinden. Patientin überließ Frau Dr. G. ihre Photographie und reiste zunächst nach Elbing und dann nach Königsberg. Sie hielt sich in diesen Städten nur kurze Zeit auf, da sie dort keine Erinnerungsbilder fand und ihr alles fremd vorkam. Patientin kehrte darauf nach Berlin zurück; die Reise hatte zehn Tage gedauert.

Inzwischen war in einer Danziger Zeitung ein Artikel erschienen, der sich mit dem Schicksal unserer unbekannten Frau befaßte; die Leser wurden aufgefordert, sich zu melden, falls sie etwas über die Persönlichkeit mitteilen könnten. Im ganzen war das Ergebnis der Reise doch insofern ein erfreuliches, als Anhaltspunkte gefunden worden waren, die eine weitere Nachforschung ermöglichten. Frau Dr. G. in Stettin interessierte sich sehr für unsere Kranke und war unablässig bemüht, ihren Namen festzustellen. So ließ sie unter anderem die Photographie derselben in ihrem Bekanntenkreise zirkulieren. Auf diese Weise gelangte das Bild zu Frau Pastor H. in Danzig. Hier bei Frau Pastor H. sah nun zufällig das Bild eine in Danzig verheiratete Schwester der ehemaligen, jedoch bereits verstorbenen Erzieherin unserer Patientin und konnte sofort den Mädchen- und Frauennamen angeben. Die weiteren Ermittlungen boten

dann keine Schwierigkeiten mehr. Man stellte fest, daß die Angehörigen der Patientin in Stralsund lebten. Pastor H. in Danzig schickte das Bild an Herrn Superintendenten D. in Stralsund, und dieser trat direkt mit der Familie in Verbindung. Ein verheirateter Neffe der Patientin, Herr B., wohnt in einem Vorort Berlins. Dieser wurde alsbald benachrichtigt und beauftragt, Patientin zu besuchen. Her B. nahm ein Bild aus früheren Jahren mit, das Patientin zusammen mit ihrer Tochter darstellte. Er erkannte seine Tante sofort und begrüßte sie aufs herzlichste. Patientin verhielt sich ihm gegenüber völlig fremd und war von seiner Begrüßung sehr peinlich berührt. Darauf erzählte ihr B. vieles aus der Heimat und übergab ihr das Bild. Den Tatsachen mußte sich Patientin schließlich fügen. Tags darauf, am 31. Januar 1907, kam Patientin sehr erregt zur Anstalt, weinte und war alles andere als glücklich. Die Leute wären ihr ganz fremd, sie nähme keinen Pfennig Unterstützung von ihnen an. Patientin war nur mit Mühe zu beruhigen. Am nächsten Tage erhielt sie Besuch von der Frau des Herrn B. und dessen Schwester. Sie blieben stundenlang zusammen und bemühten sich redlich, Patientin aufzuheitern und ihr Mut zuzusprechen. Patientin erkannte ihre Nichte zunächst nicht, erst nach längerer Unterhaltung kam ihr, wie Patientin angab, die Erinnerung, daß sie B. wie dessen Schwester früher oft gesehen habe. Die Frau des Herrn B. konnte sie nicht kennen. Einen heikeln Punkt der ganzen Angelegenheit bildete die Schwangerschaft, und Frau B. merkte an dem eigentümlichen Verhalten der Patientin sehr bald, daß diese etwas zu verbergen suchte, und erfuhr durch eindringliches Fragen von Patientin selbst, daß sie in der Anstalt geboren habe. Die Aufregung der Patientin über dieses Geständnis legte sich erst, als ihr die Verwandten versicherten, sie hätten keinen Zweifel daran, daß sie damals vor ihrer Abreise mit dem Ehemanne zusammengewesen sei, und daß dieser allein als Vater des Kindes in Betracht käme. Nach dieser Erörterung wurde Patientin dann vergnügt und mitteilsamer, äußerte den dringenden Wunsch, ihre Tochter Käte möglichst bald wiederzusehen. Patientin zog darauf für einige Zeit zu ihren Verwandten, und durch den lebhaften Verkehr mit ihnen wurden sehr bald bei ihr zahlreiche Erinnerungen aus der Vergangenheit wachgerufen. Sie selbst erzählte, daß sich Erinnerungsbilder einzelner Epochen ihres Lebens allmählich häuften und sich dann zu einem Ganzen zusammenschlössen; jedesmal, wenn ihr dies gelungen sei, habe sie ein gewisses Gefühl von Befriedigung und Beruhigung. Die Erinnerungen wurden geweckt teils durch Erzählungen seitens der Verwandten, dann aber auch zum größeren Teile durch sie selbst, indem sie sich, nach ihrer eigenen Darstellung, intensiv in die Situationen, die lückenhaft und verschwommen auftauchten, hineinzudenken bemühte. Die Ereignisse, die zeitlich am weitesten zurücklägen, seien ihr leichter und schneller im Gedächtnis wieder lebendig geworden als die der letzten Jahre, auch habe sie für jene mehr das Gefühl des wirklich Erlebten, während ihr die

zeitlich jüngeren eher traumhaft vorkämen, und es ihr schwer falle, diese zeitlich richtig in die Vergangenheit einzureihen. Das Wiedersehen mit ihrer Tochter, die auf kurze Zeit bei ihr zum Besuch weilte, war ein äußerst herzliches. Patientin hatte sich aus ihren Vorstellungen, die durch die Photographie, auf welcher die Tochter in kindlichem Alter dargestellt war, unterstützt wurden, ein ideelles Bild von ihr gemacht und war erstaunt, wie sehr dieses der Wirklichkeit entsprach.

Es stellte sich heraus, daß der Neffe der Patientin hier wiederholt auf dem Polizeipräsidium gewesen war, um sich nach der verschwundenen Tante zu erkundigen; man hatte ihm verschiedene Bilder von anderen Personen gezeigt, jedoch zufällig nicht dasjenige unserer Patientin, sonst wäre sie schon viel früher von ihren Angehörigen rekognosziert worden.

Bezüglich der Anamnese des Falles erfuhren wir von den Verwandten der Patientin folgendes: Patientin Emilie V. geb. P. ist am 2. Oktober — das Datum hatte sie also seinerzeit richtig angegeben — 1860 zu Bo. Kreis B. in Westpreußen geboren. Sie verlebte ihre Kindheit auf dem Gute des Vaters. Im 15. Lebensjahre kam sie zum Schulbesuch nach Danzig und wurde daselbst nach Verlauf eines Jahres in der Marienkirche eingesegnet. Sie kehrte dann nach Hause zurück, verbrachte jedoch in der Folge jeden Winter längere Zeit in Danzig, wo sie Unterricht in Musik und Sprachen nahm. Als Patientin 21 Jahre alt war, starb der Vater an einem chronischen Nierenleiden, und die Mutter verlegte ihren Wohnsitz nach Danzig. Ihren späteren Ehemann hat Patientin schon vorher, noch zu Lebzeiten des Vaters, im Elternhause kennen gelernt, der Vater war aber gegen die Heirat gewesen. Letztere kam erst im Jahre 1885 zustande, und zwar wurde Patientin am 25. Januar in der Johanniskirche zu Danzig getraut. Patientin zog darauf mit ihrem Manne nach Stralsund, wo er Inhaber eines großen Materialwarengeschäfts war. Aus der Ehe stammten fünf Kinder, von denen vier im Alter von 1—3 Jahren, angeblich an Hirnhautentzündung, gestorben sind; eine Tochter, Käte, lebt, ist gesund und jetzt 20 Jahre alt. Fehlgeburten hat Patientin nicht gehabt. Die Ehe war durchaus glücklich, jedoch soll der Ehemann außerordentlich leichtsinnig gewesen sein, so daß sie fortwährend mit pekuniären Schwierigkeiten zu kämpfen hatten. Schließlich wurde das Geschäft zwangsweise verkauft; der Ehemann hatte auch das Vermögen seiner Frau verbraucht und mußte im Jahre 1892 auf Betreiben der Verwandten nach Amerika auswandern. Patientin lebte dann mit ihrer Mutter und Tochter zusammen, bis erstere 1897, im 74. Lebensjahr, an einem Herzleiden starb. Patientin selbst hat in ihrer Kindheit keine schweren Krankheiten durchgemacht. Seit ihrem 12. Lebensjahre leidet sie an Migräneanfällen, die oft äußerst heftig auftraten. Im Jahre 1890 wurde ihr im Krankenhaus zu Stralsund wegen eines Tumors die linke Mamma amputiert. Kopfverletzungen hat Patientin nicht erlitten, Potus und luische Infektion werden entschieden negiert. Psychisch hat Patientin bis zum

Ende des Jahres 1901 nie etwas Auffälliges geboten, war, abgesehen von den Zeiten, wo sie unter der Migräne zu leiden hatte, stets sehr lebenslustig, wurde von ihren Verwandten allgemein geliebt und erfreute sich eines tadellosen Rufes. Geisteskrankheiten sind in der Familie der Patientin nicht vorgekommen, nur soll der Vater, der ein sehr tüchtiger und zuverlässiger Mann war, absonderliche Ansichten gehabt und diese oft in außergewöhnlich schroffer Weise vertreten haben; gegen seine Untergebenen ging er öfter so rücksichtslos vor, daß der Ortsgeistliche sich genötigt sah, ins Mittel zu treten. Die Tochter der Patientin ist gegenwärtig als Stütze in fremdem Haushalt tätig; etwas Abnormes war an ihr nicht festzustellen. Im Winter 1901-1902 hat Patientin sich in ihrem Wesen insofern geändert, als sie stiller wurde und sich von ihren Verwandten zurückzog; körperlich soll sie recht elend gewesen sein. Diese Veränderung trat allmählich ein im Anschluß an eine vierzehntägige Reise, die Patientin im Herbst 1901 unternahm. Als sie von dieser Reise zurückkehrte, war sie reizbar und verschlossen, weigerte sich, ihren Verwandten anzugeben, wo sie gewesen war. Am 22. März 1902 verschwand Patientin plötzlich, als ihre Tochter abwesend war, ohne daß ihr am Tage vorher etwas Besonderes anzumerken gewesen wäre. Zu Hause ließ sie ein Testament zurück, in welchem sie die Tochter zur Erbin bestimmte. Die Angehörigen hielten Patientin für tot, da alle ihre Versuche, sie aufzufinden, vergeblich waren, doch haben sie immer wieder noch gelegentlich Nachforschungen angestellt. Sie übernahmen die Erziehung der Tochter der Patientin, Möbel und sonstige Sachen der letzteren wurden größtenteils verkauft und der Erlös zugunsten der Tochter verbraucht. — Schon von der Zeit an, als der Ehemann nach Amerika ausgewandert war, hatte Patientin durch Anfertigung von Handarbeiten, Erteilung von Musik- und Sprachunterricht die Existenzmittel für sich und die Ihrigen beschafft. Patientin erinnert sich jetzt mit Bestimmtheit, daß sie mit ihrer Tochter im Jahre 1901 von Mitte Juli bis Mitte August in Templin zur Erholung weilte, und daß sie dort mit ihrem Manne zusammengetroffen ist. Sie hat eine lebhafte Vorstellung von seinem damaligen Aussehen und weiß, daß es einen gewaltigen Eindruck auf sie machte, als sie die Tür öffnete und ihn plötzlich vor sich stehen sah. Sie weiß aber nicht, ob es damals zu einem sexuellen Verkehr gekommen ist, hält es jedoch nicht für ausgeschlossen. Auch besinnt sie sich nicht darauf, welchen Zweck der Ehemann mit seinem Besuch verknüpfte, und wie lange er sich dort aufgehalten hat. Sie vermied es, ihren Verwandten von der Zusammenkunft irgendeine Mitteilung zu machen, weil jene ihm verboten hatten, sich ihnen jemals wieder zu nähern, und sie keine Unannehmlichkeiten haben wollte. Der Tochter verheimlichte sie ebenfalls die Rückkehr des Vaters. An die vorerwähnte 14tägige Reise im Herbst hat Patientin keine Erinnerung, meint aber, daß sie ihren Mann nach jenem Sommeraufenthalt in Templin noch einmal gesehen hätte, ohne über Zeit und Ort dieser zweiten Be-

gegnung Angaben machen zu können. Es ist anzunehmen, daß Patientin tatsächlich abermals mit dem Ehemann zusammengewesen ist und bei dieser Gelegenheit von ihm geschwängert wurde; bezüglich der Geburt des Kindes würde der Verkehr im Sommer 1901 zu weit zurückliegen.

Wie schon hervorgehoben, gelang es Patientin vermöge ihrer Fähigkeiten, sich auch während der langen Zeit, wo sie in Pflege war, einen, freilich nur geringen, Verdienst zu verschaffen, vermochte jedoch einer dauernden Beschäftigung nicht nachzugehen, einmal, weil sie wegen der zeitweise auftretenden Kopfschmerzen und Stimmungsschwankungen daran gehindert war, dann aber auch infolge der Unmöglichkeit, sich zu legitimieren. Wiederholt hat sie eine ihr zusagende Beschäftigung dadurch verloren, daß über ihre Vergangenheit Gerüchte auftauchten, die ihr ein längeres Verbleiben in der Arbeitsstelle unerträglich machten. So wurde sie auch einmal in dieser Weise durch einen Zeitungsartikel geschädigt und psychisch stark mitgenommen, der von einem früheren Kranken hiesiger Anstalt herrührte; in demselben war auf das Geheimnis ihrer Herkunft hingewiesen und angedeutet, daß sie wohl Grund hätte, ihren richtigen Namen zu verschweigen. Ganz unabhängig von dieser gehässigen Zeitungsnotiz wurde Anfang Januar dieses Jahres in der „Berliner Morgenpost" ausführlich über die „unbekannte Frau" berichtet. Die Darstellung des interessanten Falles war bis auf einige Unrichtigkeiten sachlich gehalten und hatte für unsere Patientin nichts Kränkendes. Sie verfolgte lediglich den Zweck, die allgemeine Aufmerksamkeit auf die bisher unbekannt Gebliebene zu richten und dadurch ihre Angehörigen aufzufinden. Diese dankenswerte Veröffentlichung ist dann noch von hiesiger Direktion entsprechend korrigiert worden. Sie fand Abdruck in zahlreichen Provinzblättern, und bald darauf liefen nicht weniger als 32 Zuschriften an die Anstaltsdirektion aus allen Teilen Deutschlands ein von Leuten, denen eine weibliche Angehörige unter annähernd ähnlichen Verhältnissen abhanden gekommen war. Hierunter befand sich auch eine Anfrage aus Demmin, worin Name und Herkunft unserer Kranken richtig angegeben war, und die sie auch tatsächlich betraf, jedoch war unsere Patientin inzwischen bereits rekognosziert worden.

Es muß hervorgehoben werden, daß somit der Bericht der „Berliner Morgenpost" auf Feststellung der Persönlichkeit unserer Kranken keinerlei Einfluß gehabt hat, daß dies vielmehr lediglich durch jene Reise der Patientin bewirkt worden ist. Wäre diese Reise erfolglos geblieben, so kann es allerdings keinem Zweifel unterliegen, daß die aus Demmin auf jenen Zeitungsbericht eingegangene Anzeige zur Entdeckung geführt hätte.

Nachdem die Personalien unserer Patientin bekannt geworden waren, entstand die Frage, wo der Unterstützungswohnsitz zu suchen war, und wer die in den fünf Jahren der Stadt Berlin entstandenen Kosten zu übernehmen hatte. Der Ortsarmenverband Stralsund erkannte die Ortsange-

hörigkeit der als Frau V. ermittelten Patientin an. Patientin wurde am 1. Mai d. J. als vollkommen erwerbsfähig aus der irrenärztlichen Fürsorge entlassen. Es erübrigte sich daher die zunächst seitens der Berliner Armendirektion in die Wege geleitete Übernahme der Patientin durch den Landesarmenverband der Provinz Pommern und Überführung in eine der dortigen Anstalten. Nach § 30 a des Reichsgesetzes über den Unterstützungswohnsitz wurde die Rückzahlung der Kosten bis zum 1. Januar 1905 abgelehnt, da die Forderungen bis zu diesem Termin verjährt waren. Für die nachfolgende Zeit wurde die Weigerung der Rückerstattung damit begründet, daß Patientin nicht mehr hilfsbedürftig gewesen sei. Daraufhin war festzustellen, in welcher Zeit Frau V. von dem genannten Tage ab als geisteskrank und inwieweit als hilfsbedürftig anzusehen war. Es mußte zugegeben werden, daß Patientin wegen des großen Erinnerungsdefektes und der daraus resultierenden Stimmungsschwankungen, die sie oft zu jeder Art von Beschäftigung unfähig machten, als geisteskrank zu bezeichnen war. Diese Geisteskrankheit bestand vom Aufnahmetage in die Anstalt bis Ende April 1907. Ein genaues Datum ihrer Genesung festzustellen, war nicht möglich, weil die Aufhellung des Gedächtnisses für die Vergangenheit nur allmählich eintrat und auch heute noch nicht beendet ist. Der Defekt ging jedoch soweit zurück, daß Patientin am 1. Mai d. J. eine feste Stellung antreten konnte. Von diesem Zeitpunkte an war sie, wie sie auch bisher bewiesen hat, imstande, für ihren Unterhalt vollkommen selbständig zu sorgen. Die Hilfsbedürftigkeit für die Zeit, während welcher sie sich in Familienpflege befand, war durch die Art der geistigen Erkrankung bedingt. Denn wenn sie auch in dieser Zeit, wie schon hervorgehoben, geringen Verdienst hatte, so konnte sie doch infolge der durch die vergeblichen Versuche, ihre Persönlichkeit festzustellen, bedingten fortwährenden Alteration des psychischen Gleichgewichts und der Unmöglichkeit, sich zu legitimieren, einer andauernden, ausreichenden Beschäftigung nicht nachgehen. Es konnte ja auch nachgewiesen werden, daß sie infolge ihrer Namenlosigkeit wiederholt Erwerbsquellen verloren hatte. Es war daher nicht zu bezweifeln, daß Frau V. für die Zeit vom 23. März 1902 bis 1. Mai 1907 als geisteskrank und ebenfalls als hilfsbedürftig anzusehen war. Nunmehr wurden von dem Herrn Landeshauptmann der Provinz Pommern die Forderungen der Stadt Berlin für die Zeit vom 1. Januar 1905 bis 1. Mai 1907 als berechtigt anerkannt, die Bezahlung der aus der Reise unserer Patientin entstandenen Kosten aber abgelehnt. Von den ursprünglich geforderten 3000 Mk. für die ganze Zeit und den nach Abstrich der ersten drei Jahre verbleibenden 926 Mk. wurden daher nur 850 Mk. bezahlt. Die Entschädigungsfrage ist damit keinesfalls endgültig erledigt; die Verhandlungen werden im Interesse der Stadt Berlin weiter fortgesetzt.

Noch einmal kurz zusammengefaßt, war der Verlauf des Falles folgender:

Eine am Ende des dritten Jahrzehnts stehende Frau wird in verworrenem Zustande in die Anstalt eingeliefert, nachdem sie zuvor versucht hatte, sich das Leben zu nehmen. Hier wurde festgestellt, daß sie sich in einem Dämmerzustand befand. Als Patientin allmählich wieder klarer geworden war, zeigte es sich, daß sie sich nicht allein auf die Vorgänge, welche ihrer Aufnahme in die Anstalt vorausgingen, nicht besinnen konnte, sondern daß sie einen Erinnerungsdefekt hatte, der sich fast auf ihre ganze Vergangenheit erstreckte. Sie konnte über ihre Persönlichkeit keine brauchbaren Angaben machen, so daß sie in Akten und Journalen als „unbekannte Frau" geführt werden mußte. Einzelne Vorstellungen und Vorstellungskomplexe aus früheren Zeiten ihres Lebens waren vorhanden, die auch in der Folge ziemlich unverändert bestehen blieben. Bei allen Explorationen und wiederholt vorgenommenen Hypnotisierungen kam man bezüglich der Feststellung von Namen und Herkunft immer nur bis zu einer gewissen Grenze, und ihr Verhalten erweckte oft den Verdacht, daß Patientin absichtlich bemüht wäre, ihre Personalien zu verheimlichen. Bestärkt wurde dieser Verdacht durch den Umstand, daß Patientin schwanger war. Da über den Vater des am 5. Juli 1902 geborenen Kindes nichts von ihr zu erfahren war, mußte man annehmen, daß diese Schwangerschaft für die Ätiologie der geistigen Erkrankung nicht ohne Bedeutung gewesen sein konnte. Im Juni 1903 wurde Patientin in Familienpflege gegeben, in der sie bis zum 1. April 1907 ununterbrochen verblieb. Alle Versuche, ihre Angehörigen zu ermitteln, waren vergeblich gewesen. Im Sommer vorigen Jahres unternahm Patientin eine Reise nach Danzig, ihrer mutmaßlichen Heimat, die insofern von Erfolg begleitet war, als es gelang, Persönlichkeiten ausfindig zu machen, mit deren Hilfe dann später schließlich Patientin identifiziert und ihre Verwandten bekannt wurden. Patientin zog nun für einige Zeit zu den bei Berlin wohnenden Verwandten, und durch den ständigen Verkehr mit ihnen wurde die Erinnerung für die Vergangenheit zum großen Teil wieder wachgerufen. Der jetzt noch bestehende Defekt umfaßt im wesentlichen die Zeit vom Ende des Jahres 1901 bis zum 5. Juli 1902, jedoch sind auch aus früheren Jahren noch einzelne Lücken vorhanden. Von den sonstigen seinerzeit nachgewiesenen nervösen Symptomen hat die Sensibilitätsstörung in der zuletzt beschriebenen Ausdehnung sich bis heutigen Tages erhalten. Da an

der hysterischen Natur dieser Symptome nicht zu zweifeln ist, Patientin andrerseits niemals Zeichen einer organischen Gehirnerkrankung geboten, niemals Krämpfe oder Schwindelanfälle gehabt hat, muß auch der damalige Dämmerzustand, wie die Amnesie als hysterisch aufgefaßt werden. Für Hysterie spricht auch die Art des seinerzeit unternommenen Selbstmordversuchs, welcher die Aufnahme in die Anstalt zur Folge hatte.

Nach der bekannten *Janet*schen Einteilung der hysterischen Amnesien [1]) handelt es sich in diesem Falle um eine lokalisierte retrograde Amnesie. Dieselbe umfaßte ursprünglich die Zeitperiode, in welcher sich Patientin im Dämmerzustand befand, und erstreckte sich nach rückwärts fast über die ganze Vergangenheit; einzelne Erinnerungen waren bestehen geblieben. Diese Amnesie könnte auch als eine systematische bezeichnet werden, insofern Patientin, abgesehen von der Erinnerungslosigkeit für die Zeit des Dämmerzustandes, größtenteils das vergessen hatte, was sich auf ihre Persönlichkeit bezog, was zur Feststellung derselben hätte führen können, und was mit der Schwangerschaft in Zusammenhang stand. Da jedoch der Defekt gegenwärtig auf die Zeit von Ende 1901 bis zum 5. Juli 1902 zusammengeschmolzen, also zeitlich eng begrenzt ist, wird die Amnesie richtiger als lokalisierte retrograde bezeichnet, zumal Patientin für diese Periode gar keine Erinnerungen hat. Wann der Dämmerzustand einsetzte, ist schwer zu entscheiden, es ist aber anzunehmen, daß derselbe plötzlich aufgetreten ist, da eine Freundin der Patientin, die sie vor einiger Zeit besuchte, erzählt hat, sie habe Patientin noch am letzten Tage vor ihrem Verschwinden gesehen und nichts Auffälliges an ihr wahrgenommen. Die Tochter konnte uns über das damalige Verhalten ihrer Mutter keine Angaben machen. Patientin erinnert sich in durchaus normaler Weise aller späteren Ereignisse und Vorgänge von dem Augenblick an, wo ihr von einer Pflegerin das neugeborene Kind abgenommen wurde, so daß dieser Zeitpunkt als Ende des Dämmerzustandes festzusetzen ist (5. Juli 1902).

Es fragt sich, ob die Amnesie in dieser großen Ausdehnung wirklich vorhanden war. *Strümpell* [1]) hebt mit Recht hervor, wie schwer

[1]) *Janet*: Der Geisteszustand der Hysterischen. Leipzig und Wien 1894.

[2]) *Strümpell*: Über einen Fall von retrograder Amnesie nach traumatischer Epilepsie. Deutsche Zeitschrift für Nervenkrankheiten, Bd. 8, H. 5-6.

es sein könne, eine Grenze zwischen hysterischer und simulierter Amnesie zu ziehen. Das Verhalten unserer Patientin war zeitweise ein recht merkwürdiges. Bei den so häufigen Explorationen während ihres Anstaltsaufenthaltes und auch später fiel es auf, daß sie stets, und auch in hypnotisiertem Zustande, Angaben über ihre Vergangenheit nur insoweit machte, als sie zur Aufklärung ihrer Persönlichkeit nicht führen konnten. Dazu kommt, daß sich das, was sie damals über ihre Kindheit erzählte, was sie von ihren Angehörigen wußte, später alles als richtig herausgestellt hat. Sie sprach stets von Danzig, ohne jemals Stralsund auch nur andeutungsweise zu erwähnen; hätte sie letzteres getan, so wäre es ohne Schwierigkeit bald gelungen, ihre Verwandten zu ermitteln. Einmal nannte sie in der Hypnose, nach ihrem Geburtsort befragt, die erste Silbe desselben, „Bo—", dann brach sie ab. Den Vornamen ihres Mannes gab sie richtig an. Der Familienname „Hoffmann" hat mit dem zutreffenden Namen nicht die geringste Ähnlichkeit. Sich selbst hatte sie einmal mit „Emmy" richtig benannt, änderte diesen Namen dann aber in Eva um. Ihren Mädchennamen wußte sie nicht. Auffallend war es auch, daß sie bis zum Jahre 1904 wenig dazu tat, ihre Angehörigen wiederzufinden. Auch war nicht zu verkennen, daß sie, als dieses endlich gelang, keineswegs erfreut war. In ihrem Verhalten den Verwandten gegenüber änderte sie sich wesentlich, nachdem sie mit ihnen über die in der Anstalt erfolgte Geburt gesprochen hatte. Patientin hat sich, wie wir von verschiedenen Seiten erfuhren, bis zu ihrem Verschwinden stets eines tadellosen Rufes erfreut, die Schwängerung mußte daher für sie außerordentlich peinlich und beschämend sein. Denn wenn auch als Vater des Kindes nur der legitime Ehemann in Frage kam, so war sie, nach ihrer Angabe, infolge der Meinung, die seine Angehörigen über ihn hatten, doch nicht in der Lage, ihnen zu erzählen, daß sie sich mit demselben wieder getroffen hatte. Möglich ist es auch, daß Patientin schon damals, als ihr die Konzeption zur Erkenntnis kam, bereits geistig erkrankt war und es infolge krankhafter Vorstellungen vermied, ihren Angehörigen von dem Besuch des Mannes Mitteilung zu machen. Da die Ehe nicht geschieden war, hätten die Angehörigen und andere Leute auch keinen Anlaß gehabt, den Geschlechtsverkehr mit dem Ehemann als etwas Unehrenhaftes hinzustellen. Andererseits ist aber auch heute noch nicht bewiesen, daß der Ehemann tatsächlich

mit Patientin zusammengewesen ist, die Angehörigen nehmen das nur an und haben Patientin bisher niemals wegen der damaligen Schwangerschaft einen Vorwurf gemacht. Patientin hätte also heute keinen Grund, wegen dieser Gravidität Amnesie zu simulieren, wenn sie nicht befürchten müßte, daß eines Tages der Ehemann, über dessen Aufenthalt zurzeit nicht das geringste bekannt ist, von dem man nicht weiß, ob er überhaupt noch am Leben ist, wiederkehren und die Angaben der Patientin über die Zusammenkunft im Jahre 1901 als unmöglich zutreffend hinstellen könnte. Patientin erinnert sich jetzt, daß der Ehemann sie Ende August 1901, als sie mit ihrer Tochter in der Sommerfrische war, besucht hat, daß sie ihn später (im Herbst desselben Jahres) noch einmal gesehen hat; man müßte daher auch annehmen, daß sich der Geschlechtsverkehr, den sie doch wahrscheinlich nicht so ohne weiteres zugelassen hat, ebenfalls ihrem Gedächtnis eingeprägt hätte; sie sagt aber nur, sie könne es sich nicht anders denken, als daß es zum Geschlechtsverkehr gekommen sein müßte. Der Besuch des Ehemannes und der Geschlechtsverkehr bilden ein Ganzes und müssen einen Komplex von Erinnerungsbildern zur Folge haben. Man sollte daher meinen, daß nach Auftauchen einzelner Bilder dieses Komplexes auch der ganze Komplex auf assoziativem Wege reproduziert werden könnte, wie ihr dies ja bei andern Erinnerungen ohne weiteres gelungen ist.

Umgekehrt sprechen aber einige der angeführten Gründe ebenso gegen die Beurteilung des großen Erinnerungsdefektes als einer absichtlichen Täuschung seitens der Patientin. Gegen Simulation fällt beispielsweise die Tatsache ins Gewicht, daß Patientin trotz jahrelanger und eingehender Beobachtungen über ihre Herkunft nicht mehr sagte, als sie es schon immer getan hatte. Wiederholt sind Leute, denen sie sich im Laufe der Jahre näher angeschlossen hatte, über Äußerungen der Patientin befragt worden, jedoch hat sie diesen stets dieselben Angaben gemacht, wie sie dem Arzt bereits bekannt waren. Ebenso muß hier auch die Tatsache bewertet werden, daß Patientin in der Hypnose nicht mehr über ihre Herkunft und Angehörigen sagte als im Wachzustande. Die Depressionszustände, wie sie besonders in den beiden letzten Jahren auftraten, und die nach Aussage der Patientin darauf zurückzuführen waren, daß sie sich einsam und verlassen fühlte, ließen dem Beobachter an der Realität derselben keinen Zweifel.

Die obenerwähnte Sensibilitätsstörung, die Gesichtsfeldeinschränkung sind sichere krankhafte Symptome. Da nun die Amnesie mit diesen Zuständen und nervösen Störungen verbunden war, kann eine Simulation lediglich der Amnesie nicht angenommen werden. Weiterhin muß besonders hingewiesen werden auf die Art, in welcher sich die Amnesie zurückgebildet hat. Patientin ist es aufgefallen, daß die fernsten Abschnitte ihres Lebens schneller und deutlicher in ihren Erinnerungen wieder auftraten als zeitlich jüngere Erlebnisse (*Ribot*: Regressionsgesetz [1])). Schon während des Anstaltsaufenthaltes kehrten zuerst Erinnerungen an Vorgänge aus frühester Kindheit wieder. Auch das Zustandekommen der Erinnerungen durch Auftauchen einzelner Bilder und Verschmelzung derselben auf assoziativem Wege ist in dieser Hinsicht von Bedeutung.

Nach Erwägung aller der für und gegen Simulation sprechenden Gründe muß es doch unter Berücksichtigung der ganzen Persönlichkeit, des ganzen Wesens unserer Patientin als sicher gelten, daß in der Hauptsache die Amnesie sowohl in dem ausgedehnten Maße wirklich bestanden hat als auch mit ihrem restierenden Teile noch vorhanden ist.

Von den in der Literatur niedergelegten Fällen will ich nur die erst kürzlich erfolgte Publikation von *Konrad* [1]) anführen. Sie betrifft einen Fall retrograder Amnesie bei Hystero-Epilepsie. Jene Patientin hatte nach einem neuntägigen Zustand von Bewußtlosigkeit ebenfalls ihre ganze Vergangenheit vergessen, jedoch auch — im Gegensatz zu unserer Kranken — ihre bisher erworbenen Kenntnisse fast sämtlich verloren. Sechs Monate nach Beginn der Krankheit war sie wieder im Vollbesitz ihrer früheren Intelligenz, ohne daß die Erinnerung an die Vergangenheit zurückgekehrt war; sie kannte dieselbe nur, insoweit man ihr darüber Mitteilungen gemacht hatte. Hier wie auch bei unserer Patientin handelt es sich um eine funktionelle Störung. Die Amnesie unserer Kranken ist nicht durch eine Vernichtung der Erinnerungsbilder bedingt, da dann die bis zu dem gegenwärtigen Grade eingetretene Restitution nicht möglich gewesen wäre. Es liegt vielmehr nur eine Unfähigkeit der Reproduktion von Erinnerungsbildern vor, und diese Unfähigkeit basiert vermutlich auf Hem-

[1]) *Th. Ribot*, Das Gedächtnis und seine Störungen.

[2]) *Konrad*: Über einen Fall von retrograder Amnesie. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. 42, Heft. 3.

mungsvorstellungen, die besonders intensiv sind für alles, was mit der für Patientin so peinlichen Schwangerschaft zusammenhängt. So wäre es zu erklären, daß Patientin auch in der Hypnose nicht mehr darüber äußert als im Wachzustande. Vielleicht hätte die Amnesie dadurch günstig beeinflußt werden können, daß die hypnotische Behandlung in der Weise vorgenommen wurde, wie es *Forel*[1]) in dem Falle „N" gezeigt hatt, doch ließ sich diese hier aus vielfachen Gründen nicht durchführen. Im nächsten Jahre beabsichtigt unsere ehemalige Patientin für einige Zeit nach Stralsund, wo sie zuletzt 16 Jahre lang gewohnt hat, zurückzukehren; vielleicht gelingt es ihr dort, auch die Zeitperiode, an die sie bis heute noch keine Erinnerung hat, wieder in das Gedächtnis zurückzurufen.

---

[1]) *Forel*: Der Hypnotismus und die suggestive Therapie. Stuttgart 1902, S. 191 ff.

# Prüfung der Merkfähigkeit Gesunder und Geisteskranker mit einfachen Zahlen[1]).

Von

Dr. med. C. Vieregge, Assistenzarzt der Irrenanstalt Buch.

Die Anwendung experimentell-psychologischer Untersuchungsmethoden in der Psychiatrie ermöglicht ohne Zweifel eine exaktere Darstellung gewisser psychischer Störungen als die einfach beschreibende Form der gewöhnlichen klinischen Krankengeschichte.

Für die klinische Merkfähigkeitsprüfung nun eine „praktisch-verwendbare" Untersuchungsmethode aus dem bisher mehr theoretisch-wichtigen Gebiete der experimentellen Gedächtnisforschung auszusondern, ihre Resultate alsdann an Gesunden festzustellen und ihre Brauchbarkeit schließlich an Geisteskranken zu erproben, war die Aufgabe vorliegender Arbeit.

Die wissenschaftliche Abgrenzung des Begriffes der Merkfähigkeit von den vielfachen und komplizierten Erscheinungsformen des Gedächtnisses war ein Verdienst *Karl Wernickes*: „Die Fähigkeit zu normaler Aufmerksamkeit bildet auch die Voraussetzung für die Erwerbung neuer Erinnerungsbilder und Vorstellungen. Wir wollen diese Eigenschaft des Bewußtseinsorganes künftighin als Merkfähigkeit bezeichnen und verstehen darunter etwas, was in dem Gedächtnis des gewöhnlichen Sprachgebrauchs mit enthalten ist. Um naheliegende Mißverständnisse in dieser Beziehung zu vermeiden, schlage ich Ihnen vor, künftighin von Gedächtnis nur in dem Sinne zu sprechen, daß es den alterworbenen Besitzstand an Vorstellungen bedeutet, während wir unter Merkfähigkeit die Fähigkeit verstehen, „sich etwas im Gedächtnis einzuprägen."

[1]) Vergl. diesen Bd., S. 130.

Offenbar war die Veranlassung zu dieser Abgrenzung mehr die klinische Beobachtung als die psychologische Analyse. Jedenfalls fand sie aber Anklang; in der 4. Auflage seines Lehrbuches sagt *Kraepelin*[2]:

„Die Betrachtung der Gedächtnisstörungen hat zwei verschiedene Leistungen auseinanderzuhalten, die unabhängig voneinander beeinträchtigt sein können. Die erste derselben ist die von *Wernicke* so bezeichnete Merkfähigkeit, die Einprägung und das Festhalten bestimmten, neu dargebotenen Erfahrungsstoffes."

*Ziehen*[3] gibt unter den Störungen der Vorstellungsbildung an:

„Der Defekt im Erwerb unmittelbarer Erinnerungsbilder wird auch als Defekt der Merkfähigkeit (Merkdefekt) bezeichnet."

Auch *Wundt*[4] referiert in der letzten Auflage seiner „Grundzüge" über die Versuche zur Prüfung der „Auffassungsfähigkeit" und „Merkfähigkeit" bei pathologischen Zuständen, und *Kraepelin*[5] gibt in seinem Aufsatze: „Über die Merkfähigkeit" einen kurzen Überblick über die experimentelle Bearbeitung der Frage.

Was nun die Prüfung der Merkfähigkeit betrifft, so galt als eine handliche Methode für diese von jeher den Klinikern die Aufgabe, eine vorgesprochene Zahl wiederzugeben.

So äußert sich z. B. *Wernicke*[1] über die Merkfähigkeitsprüfung:

„Diese Fähigkeit können wir dadurch prüfen, daß wir dem Kranken die Aufgabe stellen, sich eine mehrstellige Zahl, ein fremdklingendes Wort u. dergl. zu behalten."

*Ziehen*[3] empfiehlt:

„Wie lange wird z. B. eine 3—5 stellige Zahl behalten? Wieviele Ziffern oder Buchstaben, welche man dem Kranken langsam vorspricht, z. B. 6 Ziffern in 5 Sekunden, vermag der Kranke korrekt nachzusprechen? Findet er eine ihm gezeigte Farbe aus einer Farbenskala wieder heraus? Wie lange Zeit braucht er, um sich die Namen seiner Mitkranken einzuprägen? Wie wird eine kurze Geschichte nach einmaligem Vorlesen reproduziert?"

Zur experimentellen Prüfung der Merkfähigkeit und zur weiteren psychologischen Analyse hat *Kraepelin*[6] die üblichen Methoden der Prüfung des Gedächtnisses in mehr oder weniger modifizierter Weise

angewandt. In den Arbeiten aus seinem Laboratorium wurden eingehendere Versuche besonders mit dem von *J. Finzi* konstruierten Apparat angestellt. Da hiermit eine kurze Zeit der Exposition des neuen Reizes möglich war, gestatteten die Resultate insbesondere auch Schlüsse über die Beteiligung des Auffassungsvorganges an den Äußerungen der Merkfähigkeit.

*Bonhoeffer*[7] empfahl zur Prüfung der Merkfähigkeit ein einfacheres und daher zur Untersuchung Geisteskranker brauchbareres Verfahren, das sich durchaus dem von *Wernicke* empfohlenen anschließt: dem Kranken wurde die Aufgabe gestellt, mehrstellige Zahlen, Silbenzusammenstellungen, unbekannte Wörter nach einer bestimmten Zeit zu wiederholen, aus einer Anzahl vorgelegter Bilder ein bestimmtes wiederzuerkennen.

Noch in zahlreichen weiteren, an Gesunden (auch Schulkindern) und Kranken angestellten Untersuchungen über Gedächtnis und Merkfähigkeit begegnet uns stets die Zahl wieder als bevorzugter Gedächtnisreiz, z. B. in denen von *Ranschburg*[8], *Schneider*[9], *Diehl*[10], *Goldstein*[11], *Netschajeff*[12] und *Marx Lobsien*[13].

Aber wohl beeinflußt durch die von *Ebbinghaus*[14] eingeführte und den meisten Experimentatoren wie *Müller* und *Schuhmann*[15], *Müller* und *Pilzecker*[16], *Ranschburg*[17] usf. übernommene Methode — behufs Ausschaltung der auf assoziativen Momenten beruhenden Fehlerquellen — sinnlose Silbenreihen statt der sinnvollen (wie Sprüchen, Gedichten) bei Gedächtnisprüfungen zu verwerten, werden heute vielfach auch bei einfachen Merkfähigkeitsprüfungen statt Zahlen entsprechende Zifferreihen benutzt, d. h. statt einer 6stelligen Zahl z. B. die betreffenden 6 Ziffern einfach hintereinander vorgesprochen.

Jedoch *Ebbinghaus* selbst hat die assoziative Wirksamkeit der sinnvollen Silbenreihen nicht besonders hoch angeschlagen, vielmehr ließen ihn bei der Wahl der sinnlosen Silbenreihen zwei andersgeartete Vorzüge ausschlaggebend sein, einmal „die unerschöpfliche Fülle neuer gleichgearteter Kombinationen“ und ferner die „ungleich bequemere quantitative Variierung der Reize“.

In ihnen war übrigens auch der Grund gelegen, weshalb *Ebbinghaus* von zunächst benutzten Zahlen und Ziffern für seine größeren Untersuchungen überhaupt Abstand nahm, nämlich ihre so „geringe

Anzahl variierbarer Grundelemente". Beide Vorzüge aber, so wesentlich sie für „derartige, großangelegte, allgemein-psychologische Ziele verfolgende Laboratoriumsversuche" auch sein mögen, verlieren ihre Bedeutung dort, wo es sich um den „beschränkten klinischen Zweck der Aufklärung des individuellen psychischen Verhaltens" handelt.

Im Gegenteil sprechen bei Voranstellung praktisch-klinischer Rücksichten — das sind: für den Untersucher handliche und stets bereite, für den zu Untersuchenden gewohnte und ungekünstelte Versuchsbedingungen — auch einige positive Vorzüge für die Wahl von Zahlen.

Gegenüber den Silbenreihen bietet das Zahlenmaterial dem Praktiker den Vorzug, daß es — als akustischer Reiz gegeben und also an keinerlei Apparate oder dergleichen gebunden — in einfachster Weise verwertbar, zu jeder Zeit verfügbar, und vornehmlich an allen Orten, in Klinik und Poliklinik, am Krankenbett und Dauerbad anwendbar ist.

Vor der Ziffernreihe gewährt die Zahl rücksichtlich der Versuchsperson den Vorteil, daß sie als ungezwungener, alltäglich dem Gedächtnisse sich darbietender Reiz keiner eingehenderen Aufklärung über die Versuchsanordnung bedarf und an das Verständnis keine besonderen Ansprüche stellt.

Diese Erwägung führt uns zu einem weiteren sachlichen Einwand, der wohl am bedeutungsvollsten gegen Ziffernreihen spricht und gleichfalls in der Ungewohntheit dieser als Gedächtnisreize begründet ist, nämlich der mit ihnen unvermeidbar verknüpften Störung der Resultate durch die bekannten Übungserscheinungen; diese beeinträchtigen ja gerade kurze Versuchsreihen durch ihr Auftreten bereits in den ersten Einzelversuchen besonders stark, während sie bei gewohntem Reize, wie der Zahl, sich bis über das Ende solch kurzer Versuchsreihen hinausschieben, also wohl gänzlich vermeiden lassen.

Überdies hat sorgfältige Selbstbeobachtung gelehrt und die Mehrzahl der sogenannten Zahlengedächtniskünstler bestätigt, daß — ähnlich wie sinnlose Silben nach *Ebbinghaus* in einem gewissen Rhythmus — auch einfach hintereinander gestellte Ziffern doch in einzelnen Gruppen gemerkt zu werden pflegen.

Aus diesen Gründen allen wurde für die folgenden Untersuchungen also als Reiz die Zahl gewählt und als Wirkungsgebiet das akustische.

Zur Erzielung vergleichbarer Resultate war es notwendig, eine bestimmte, einheitliche Methode anzuwenden.

Vorversuche und die Ergebnisse der experimentellen Forschung auf dem Gebiete des Gedächtnisses ließen folgende

Versuchsanordnung

als die geeignetste erscheinen:

Die Einzeluntersuchung einer jeden Versuchsperson setzt sich zusammen aus drei Versuchsreihen:

A. Sofortige Reproduktion vorgesprochener Zahlen (d. i. also im wesentlichen Prüfung der Auffassungsfähigkeit),

B. Reproduktion nach 1 Minute Pause ohne Zerstreuung (d. i. ohne Ableitung der Aufmerksamkeit nach der Auffassung),

C. Reproduktion nach 1 Minute Pause mit Zerstreuung (durch Zählen am Metronom oder einfache Unterhaltung während der 1 Minute).

Ein weiterer Teilversuch mit längerem Intervall als 1 Minute erübrigt sich bei Merkfähigkeitsprüfungen, nachdem *Wundt*[18] festgestellt hat: „daß unmittelbar nach dem Eindruck die Reproduktion desselben verhältnismäßig ungenau ist, daß sie aber sehr bald (bei Tönen meist schon nach 2 Sekunden, bei einfachen Gesichtsobjekten nach einer nur wenig größeren Zeit) auf ihr Maximum ansteigt, um dann allmählich mit abnehmender Geschwindigkeit zu sinken und endlich (bei etwa 60 Sekunden) ein Minimum zu erreichen, auf dem sie während langer Zeit annähernd konstant bleibt".

Zu einer genaueren Bestimmung der Zahlenreize wurde die Zeit festgelegt, welche notwendig war, um 12 stellige, 9 stellige, 6 stellige und 3 stellige Zahlen deutlich und klar verständlich vorzulesen; sie betrug:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| für | 12 | stellige Zahlen | durchschnittlich | 10,5 Sek. |
| „ | 9 | „ | „ | 7,5 „ |
| „ | 6 | „ | „ | 4,5 „ |
| „ | 3 | „ | „ | 1,7 „ |

Diese Zeiten wurden im Verlaufe der Versuche nach Möglichkeit eingehalten; Zahlen mit einer dazwischen liegenden Ziffernzahl (11, 10, 8 usf.) wurden entsprechend langsamer oder schneller angegeben.

Bei der Auswahl der Zahlen wurden mnemotechnisch verwertbare Zahlengruppen — 111 ; 234 — und Ziffern — 0 ; 3 u. 7 als einstellige Zahlen — vermieden, um assoziative Hilfen, meist auf Gewohnheitsphänomene zurückzuführen und völkerpsychologisch zu erklären — 3 u. 7 heilige Zahlen usw. —, nach Möglichkeit auszuschalten. Als Ausgangspunkt diente eine 12 stellige Zahl, deren Ziffern und Zifferngruppen 20 mal variiert wurden. So kam zur Auswahl des Reizes folgende Zahlentabelle zur Verwendung:

| Gruppe. | I. | | | II. | | | III. | | | IV. | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ziffer | a. | b. | c. | a. | b. | c. | a. | b. | c. | a. | b. | c. |
| Nr. 1 | 9 | 6 | 5 | 2 | 3 | 8 | 7 | 4 | 1 | 9 | 3 | 8 |
| 2 | 2 | 5 | 6 | 9 | 8 | 3 | 5 | 4 | 2 | 1 | 7 | 6 |
| 3 | 3 | 8 | 7 | 4 | 1 | 9 | 6 | 5 | 2 | 3 | 9 | 5 |
| 4 | 5 | 6 | 2 | 8 | 3 | 5 | 4 | 2 | 1 | 7 | 6 | 9 |
| 5 | 4 | 1 | 9 | 6 | 5 | 2 | 3 | 9 | 7 | 5 | 8 | 6 |
| 6 | 6 | 2 | 8 | 3 | 5 | 4 | 2 | 1 | 7 | 6 | 9 | 5 |
| 7 | 6 | 5 | 2 | 5 | 9 | 7 | 3 | 8 | 6 | 4 | 1 | 9 |
| 8 | 2 | 8 | 3 | 5 | 4 | 2 | 1 | 7 | 9 | 6 | 5 | 2 |
| 9 | 7 | 4 | 1 | 9 | 6 | 5 | 2 | 3 | 9 | 5 | 3 | 8 |
| 10 | 8 | 3 | 5 | 4 | 2 | 7 | 1 | 9 | 6 | 5 | 2 | 4 |
| 11 | 5 | 9 | 3 | 2 | 5 | 6 | 9 | 1 | 4 | 7 | 8 | 5 |
| 12 | 6 | 5 | 3 | 7 | 2 | 5 | 3 | 8 | 2 | 3 | 4 | 9 |
| 13 | 8 | 1 | 5 | 9 | 3 | 2 | 5 | 6 | 9 | 1 | 4 | 6 |
| 14 | 5 | 3 | 7 | 6 | 5 | 2 | 8 | 2 | 3 | 9 | 4 | 2 |
| 15 | 2 | 3 | 8 | 7 | 4 | 1 | 4 | 3 | 7 | 9 | 6 | 5 |
| 16 | 3 | 7 | 6 | 2 | 4 | 5 | 7 | 9 | 1 | 3 | 6 | 8 |
| 17 | 9 | 1 | 4 | 6 | 8 | 3 | 7 | 9 | 5 | 2 | 5 | 6 |
| 18 | 4 | 5 | 9 | 1 | 8 | 9 | 6 | 7 | 2 | 7 | 8 | 2 |
| 19 | 6 | 1 | 3 | 7 | 9 | 6 | 2 | 5 | 8 | 9 | 2 | 4 |
| 20 | 7 | 4 | 8 | 9 | 2 | 6 | 4 | 7 | 2 | 2 | 9 | 5 |

Für die Folge sollen der Kürze halber die obigem Zahlensystem entnommenen Reizzahlen einfach durch die Stellung ihrer ersten Ziffer im System bezeichnet werden: so die der 7. Reihe entnommene

Reizzahl 52 597 386 419 mit „7. I. b." oder die der 19. Reihe entnommene Reizzahl 8 924 mit „19. III. c."

Beim Vorsprechen der Reizzahlen wurde ein die Ziffern miteinander verbindendes „u n d" (z. B. zwei und fünfzig Milliarden, fünf hundert u n d sieben und neunzig Millionen, dreihundert u n d sechs und achtzig Tausend, vierhundert und neunzehn) vermieden, wo es sich um eine Verbindung der Hunderter mit den Zehnern und Einern in den Tausender, den Millionen und den Milliardengruppen handelte, dagegen mitgesprochen bei allen Verbindungen von Einern und Zehnern sowie in der letzten Gruppe, der Hundertergruppe, auch zwischen Hunderten und Einern sowie Zehnern, also z. B. die Reizzahl 5. III. a.: Drei hundert sieben und neunzig Tausend fünfhundert und sechs und achtzig.

B e i d e r 1. V e r s u c h s r e i h e nun, der sofortigen Reproduktion, wurde individualisierend zunächst eine so hochstellige Zahl vorgesprochen, wie sie voraussichtlich von der Versuchsperson nicht richtig reproduziert werden konnte. Dann wurden beim Fortschreiten von solch höheren, falsch reproduzierten zu niedrigeren Zahlen jeweils zuerst die Milliarden-, die Millionen-, dann die Tausender-, und zuletzt eventuell noch die Hunderter- und Zehnerstellen in entsprechender Weise fortgelassen. Das I n t e r v a l l zwischen Ende des Vorsprechens und Beginn der Reproduktion wurde nach dem Sekundenzeiger der Taschenuhr bestimmt und im Protokoll unter Pause eingetragen.

Die Anzahl der Einzelversuche wurde eingeschränkt, um die W i r k u n g d e r Ü b u n g auf ein möglichst geringes Maß zurückzuführen. Deshalb wurde als R e s u l t a t in der Regel diejenige Ziffernzahl angenommen, die mindestens zweimal — wenn möglich hintereinander — bei etwa 5—10 Versuchen im ganzen richtig reproduziert wurde. Meist trat bei Normalpersonen in diesen Fällen das Gefühl der Sicherheit auf.

War so durch diese erste Versuchsreihe die Anzahl der Ziffern festgestellt, die als Zahl sofort richtig nachgesprochen werden konnten, so wurde in einer z w e i t e n V e r s u c h s r e i h e zunächst eine Zahl mit gleichviel oder annähernd gleichviel Ziffern als neuer Reiz aufgegeben; die Versuchsperson hatte dann die Aufgabe, sich völlig ruhig zu verhalten, nach 1 Minute dann, die vom Versuchsleiter von

der Taschenuhr abgelesen und durch ein „Bitte" begrenzt wurde, die Zahl zu reproduzieren; gelang ihr dieses nicht richtig, so wurde als neuer Reiz eine Zahl gegeben, die eine Ziffernstelle weniger enthielt usw. Gelang es jedoch, so gab der Versuchsleiter die nächst höhere Ziffernzahl an. Das Resultat wurde in derselben Weise festgestellt wie in der vorigen Versuchsreihe.

In der dritten Versuchsreihe wurde die Versuchsperson während der Pause von 1 Minute abgelenkt oder besser zerstreut (Ablenkung ist als Terminus für die Ableitung der Aufmerksamkeit während der Reizeinwirkung festgelegt). Bei einigen normalen Versuchspersonen mit genügend zuverlässiger Selbstbeobachtung geschah dies in der Weise, daß sie nach Angabe des Reizes sogleich aus einem sie interessierenden Buche möglichst viel und mit möglichstem Verständnisse zu lesen begannen. Tauchte während dieser Zeit die angegebene Zahl in ihrem Gedächtnisse auf, so wurde dies für das Versuchsprotokoll angegeben und das Resultat dieses Einzelversuchs als unbrauchbar nicht verwandt.

Um an Stelle der natürlich nur sehr beschränkt brauchbaren Zerstreuung mit Selbstbeobachtung nach obiger Art ein zuverlässigeres, dabei meß- und vergleichbares Mittel der Zerstreuung zu setzen, wurde bei allen anderen Versuchen den Versuchspersonen aufgegeben, nach einem Metronom, das auf etwa 96 Schläge in der Minute eingestellt war, von 99 an rückwärts zu zählen. Insonderheit kranke Versuchspersonen waren öfter auch hierfür nicht genügend zu konzentrieren, für sie trat an Stelle des Zählens die einfache Unterhaltung.

Auch hier wurde das Resultat nach Art der früheren Versuchsreihen festgestellt.

Das Gesamtresultat stellte sich dann in Form einer 3 stelligen Zahl dar, bei der die Hundertstelle die Anzahl der Ziffern angibt, welche sofort nachgesprochen, die Zehnerstelle diejenige, welche nach 1 Minute ohne Zerstreuung, die Einerstelle diejenige, welche nach 1 Minute mit Zerstreuung richtig reproduziert wurde; z. B.:

Vp. I. M 1. = 884

bedeutet, daß die männliche Versuchsperson 1 der I. Gruppe von Versuchspersonen eine 8 stellige Zahl sogleich nachzusprechen, eine

gleichfalls 8 stellige Zahl nach 1 Minute Pause ohne Zerstreuung und eine nur 4 stellige Zahl nach 1 Minute Pause mit Zerstreuung richtig zu reproduzieren vermochte.

| Reizzahl: | Pause: | reproduzirte Zahl: | | | Beobachtungen: | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **A.** | | **Sofort reproduzirt!** | | | | |
| 1. I. a. | 4″ | 9 6 5 | — — — | — — — | — — — | |
| 2. I. c. | 3′ | 6 | 8 7 5 | — — — | — — — | |
| 3. II. b. | „ | | 1 9 | 6 3 5 | 9 6 5 | † stockend |
| 4. II. c. | „ | | 5 | 4 2 1 | 9 6 7 | ! zögernd |
| 5. III. a. | „ | | | 3 9 7 | 5 8 6 | „sicher richtig“ |
| 6. III. a. | 2′ | | | 2 1 7 | 6 9 5 | „ |
| 7. III. a. | 3′ | | | 3 8 6 | 4 1 9 | |
| 8. II. c. | „ | | 2 | 1 7 5 | 6 5 2 | ! unsicher |
| **B.** | | **nach 1 Min. Pause ohne Zerstreuung!** | | | | |
| 9. II. a. | 1′ | | 9 6 5 | 3 3 8 | — — — | † stockend |
| 10. II. c. | „ | | 7 | 1 9 6 | 5 2 4 | A. A. Apperzeptiver Antrieb! |
| 11. II. c. | „ | | 6 | 7 1 4 | 7 8 5 | ‡ bei IV. a. erst „9“, dann richtig reproduzirt |
| 13. III. a. | „ | | | 5 6 9 | 6 4 1 | ! |
| 14. III. a. | „ | | | 8 2 2 | 9 4 3 | ! |
| 15. III. b. | „ | | | 3 7 | 9 6 5 | sicher |
| 16. III. b. | „ | | | 9 1 | 3 6 8 | „ |
| 17. III. b. | „ | | | 9 5 | 6 5 2 | ! |
| 18. III. b. | „ | | | 7 2 | 7 8 2 | |
| **C.** | | **nach 1 Min. Pause mit Zerstreuung!** | | | | |
| 19. II. c. | 1′ | | 6 | 8 5 2 | — — — | ! ganz unsicher |
| 20. III. a. | „ | | | 4 7 2 | 9 9 5 | † sicherer |
| 6. III. b. | „ | | | 1 7 | 6 9 5 | A. A. erst bei IV. a. „8“, dann gleich richtig gestellt |
| 10. III. b. | „ | | | 9 4 | 7 2 3 | sehr stockend |
| 12. III. c. | „ | | | 2 | 5 4 9 | |
| 14. IV. a. | „ | | | | 9 4 2 | prompt |
| 18. III. c. | „ | | | 2 | 9 8 6 | ††† zögernd |
| 16. IV. a. | „ | | | | 3 6 8 | prompt |
| 20. IV. a. | „ | | | | 2 9 5 | „ |

Vp: II. M 2 = 653

Weitere Einzelheiten sowie die soeben besprochene allgemeine Anordnung der Versuchsteile veranschaulicht das auf der vorigen Seite gebrachte Versuchsprotokoll einer, in der dritten Versuchsreihe durch Zählen am Metronom zerstreuten Normalperson (II. M. 2.).

Der Versuch setzt sich also aus den erwähnten drei Versuchsreihen A, B und C zusammen; die erste Längsspalte enthält die Bezeichnung der unserem Zahlensystem entnommenen Reizzahlen; in die zweite Längsspalte sind die Intervallzeiten (vom Schluß des Vorsprechens seitens des Versuchsleiters bis zum Beginn der Reproduktion seitens der Versuchsperson) eingetragen; da diese Zeitmaße nur mittels Ablesen vom Sekundenzeiger einer Taschenuhr bestimmt wurden, so dürfen diejenigen der Versuchsreihe A, welche sich immer nur auf wenige Sekunden belaufen, kaum höher als „schätzungsweise" bewertet werden; die Ergebnisse dieser letzteren sollen daher am Schlusse der Arbeit nur angedeutet werden.

Die weiteren vier Längsspalten enthalten die von der Versuchsperson reproduzierten Zahlen, der Übersichtlichkeit wegen getrennt in die durch ihren natürlichen Aufbau bedingten Gruppen der Milliarden, Millionen usf. Falsch reproduzierte Ziffern sind bezeichnet durch Unterstreichen, nicht reproduzierte, „vergessene" Ziffern oder Zifferngruppen sind markiert durch einen entsprechend langen, wagerechten Strich mit — der Anzahl der ausgefallenen Ziffern entsprechend vielen — Unterstrichen.

Die folgende, letzte Längsspalte dient der Aufzeichnung von Beobachtungen und zwar objektiven, z. B. in Gestalt von kurzen Signaturen (+, ! usw.) zur Bezeichnung der Qualität begangener Fehler, oder auch subjektiven, wie den Selbstbeobachtungen der dazu erwählten Versuchspersonen u. a. m. Das Resultat des ganzen Versuchs ist schließlich rechts unten beigefügt.

## Die Versuche:

Die gesamten Versuche werden in den folgenden größeren Abschnitten besprochen werden:

I. Die Versuche mit Selbstbeobachtung (an gebildeten Versuchspersonen).

II. Die Versuche an den Normalpersonen (ungebildeten Versuchspersonen).

III. Die Versuche an den Geisteskranken.

I. Die Versuche mit Selbstbeobachtung.

Diese Versuche dienten in erster Linie der allgemeinen Orientierung; aus ihren Resultaten wurden dann die wesentlichsten Schlüsse bezüglich der künftigen Versuchsanordnung gezogen. Sie sind daher nicht ganz streng nach dem im vorigen Abschnitt aufgestellten Versuchsschema durchgeführt; so geschah bei ihnen, um die Selbstbeobachtung nicht zu stark zu beeinträchtigen, die Zerstreuung in der dritten Versuchsreihe, wie erwähnt, durch einfache Lektüre. Die besondere Aufgabe nun, während der Zeit des Lesens die Zahl nicht im Gedächtnisse auftauchen zu lassen, war nicht immer leicht zu erfüllen, gelang aber meist beim zweiten bis dritten Versuche.

Überhaupt waren diese Versuchspersonen vorher über ihre Aufgabe nach Möglichkeit genau unterrichtet, auch bezüglich der psychologischen Analyse der dabei in Betracht kommenden Vorgänge.

Die komplizierte Beschaffenheit dieser Gedächtnisphänomene brachte es jedoch mit sich, daß nur wenige Einzelheiten, diese aber mit der möglichsten Präzision in den Vordergrund gerückt wurden. Die Versuchspersonen achteten zunächst auf die Art der Einprägung und Wiedergabe der Reize, z. B. ob sie sich dabei der visuellen oder der akustisch-motorischen Methode bedienten. Sodann ob sie die vorgesprochene Zahl in Form von einzelnen Ziffern, Zahlengruppen oder dergl. sich merkten. Ferner auch auf die Äußerungen des sogenannten Sicherheitsgefühls und die Anwendung assoziativer Hilfen.

Es ergab sich nun aus den solcherweise an 5 den gebildeten Ständen angehörenden Herren (in der Mehrzahl Kollegen) und an 5 Damen angestellten Versuchen folgendes bezüglich jener allgemein-psychologischen Gesichtspunkte.

Die Reproduktionsweise war, wie sich in diesen zehn Protokollen gebildeter Normalpersonen dartut, vorwiegend visuell, wurde aber öfter mit akustisch-motorischen Momenten vermischt. Die Ziffern wurden allgemein in Form der gegebenen Gruppen

gemerkt; die Bezeichnung Milliarden, Millionen usf. wurde zumeist schon bei der Auffassung unberücksichtigt gelassen und erst bei der Reproduktion wieder ergänzt.

Die Anwendung sogenannter assoziativer Hilfen trat verhältnismäßig sehr in den Hintergrund; nur bei der Versuchsperson I. M 5 wurde einmal bei der Zahl 368 als Hifsassoziation „338 Schlacht bei Chaeronea" angegeben; ein anderes Mal diente als Merkhilfe der Umstand, daß „39 und 42 nur um 3 verschieden" wären.

Diese Erscheinung ist wohl zunächst darauf zurückzuführen, daß schon bei der Auswahl der Zahlen auf Vermeidung solcher Hilfen Wert gelegt wurde, dann aber auch darauf, daß ein eigentliches Einarbeiten mit seinen Übungserscheinungen bei der im allgemeinen nur geringen Anzahl von Einzelversuchen nicht erfolgte. Auch Ermüdungserscheinungen wurden nur ganz ausnahmsweise (I. F 2.) beobachtet, so daß sie einer besonderen Beachtung nicht bedürfen.

Für die richtige oder falsche Wiedergabe der Zahlen zeigte sich auch ein eigentümliches Gefühl, das man treffend das Sicherheitsgefühl nennt; bei größeren als den richtig wiedergegebenen Zahlen umfaßte dieses Gefühl meist nur einige Gruppen, täuschte aber nicht selten. Die Wiedergabe der richtigen Zahlen dagegen war fast stets mit einem überzeugenden Sicherheitsgefühl verbunden, so daß beinahe unwillkürlich Versuchsperson hinzufügte: „das ist bestimmt richtig".

Was nun die ziffernmäßigen Resultate unserer 10 gebildeten Versuchspersonen betrifft, so sind dieselben auf folgender Seite in einer Tabelle zusammengefaßt, welche

I. die Einzelleistungen in den drei Versuchsreihen A, B und C gesondert nach dem Geschlecht enthält;

II. die Durchschnittszahlen hiervon;

III. die Grenzleistungen beider Geschlechter gesondert, d. h. die Höchstzahl und die Mindestzahl der Ziffern der Einzelleistungen jeden Geschlechts.

IV. Als Schlußresultat: sowohl den Gesamtdurchschnitt der Einzelleistungen beider Geschlechter als auch den Gesamtumfang der Grenzleistungen beider Geschlechter zusammen, aber getrennt für die drei Versuchsreihen.

Es ergab sich demnach, daß bei der sofortigen Reproduktion der vorgesprochenen Zahl, Versuchsreihe A, Männer sogenann-

ter höherer Bildung durchschnittlich 7,4 stellige Zahlen und Frauen gleicher Bildungsstufe durchschnittlich 6,6 stellige Zahlen richtig nachzusprechen vermochten; der Umfang der Stellenanzahl ersterer wurde begrenzt durch die Zahlen 8—6, letzterer durch die Zahlen 7—6.

Bei der Versuchsreihe B, der Reproduktion nach 1 Minute Pause ohne Zerstreuung, stellte sich nun eine kleine Erhöhung der Leistungsfähigkeit ein, und zwar bei den Männern mit der Durchschnittszahl 7,8 (8—7) um 0,4, bei den Frauen mit der Durchschnittszahl 6,8 (7—6) um 0,2 Stellen. Bei ersteren äußert sich dies auch durch eine Erhöhung des unteren Wertes der Grenzleistungen, welch letztere übrigens fortab der Einfachheit halber hier im Text den entsprechenden Durchschnittszahlen der Einzelleistungen in Klammern hinzugefügt werden sollen. Wie diese — ja nicht bedeutende — Erhöhung der Merkfähigkeitsleistung beim B-Versuch zu erklären und ob ihr eine prinzipielle Bedeutung beizumessen ist, will Verfasser dahingestellt sein lassen; an sich ist die Beobachtung, daß zunächst falsch aufgefaßte und alsbald falsch wiedergegebene Reize bei späterer Prüfung richtig reproduziert, also spontan korrigiert wurden, nicht neu und z. B. von *Diehl*, allerdings für längere Intervallzeiten, mitgeteilt worden.

Die Versuchsreihe C, Reproduktion nach 1 Minute Pause mit Zerstreuung, zeigte als Durchschnittsleistung der Männer eine 4,8 (6—4) stellige Zahl, der Frauen eine 4,0 (4—4) stellige Zahl, also eine Minderleistung von 2,6 resp. 2,6 Stellen im Vergleich zur ersten, und eine solche von 3,0 resp. 2,8 Stellen im Vergleich zur zweiten Versuchsreihe.

Gebildete Normalpersonen:

| I. | Einzel- | A | B | C | Leistungen: | A | B | C |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M 1 | 8 | 8 | 4 | F 1 | 7 | 7 | 4 |
| | M 2 | 6 | 7 | 5 | F 2 | 6 | 7 | 4 |
| | M 3 | 7 | 8 | 6 | F 3 | 7 | 7 | 4 |
| | M 4 | 8 | 8 | 5 | F 4 | 6 | 6 | 4 |
| | M 5 | 8 | 8 | 4 | F 5 | 7 | 7 | 4 |
| II. | Durchschnitts | 7,4 | 7,8 | 4,8 | Leistungen: | 6,6 | 6,8 | 4,0 |
| III. | Grenz- | 8—6 | 8—7 | 6—4 | Leistungen: | 7—6 | 7—6 | 4—4 |
| IV. | M + F wie II. | 7,0 | 7,3 | 4,4 | M + F wie III. | 8—6 | 8—6 | 6—4 |

Beim Vergleich der Geschlechter ergibt sich zuungunsten der Frauen also eine für alle drei Versuchsreihen ziemlich gleichbleibende, zwischen 0,8 und 1,0 Stellen schwankende Minderleistung.

Dieses Ergebnis, daß nämlich ein gebildeter Mensch unter den unseren Versuchen zugrunde liegenden, höchst einfachen Bedingungen nicht mehr als eine 7,0 resp. 7,3 resp. 4,4 stellige Zahl richtig zu reproduzieren, also sich zu „merken" vermag, bleibt offenbar hinter der vulgären Schätzung zurück. Ja sogar von Kollegen, welche selbst bei Intelligenzprüfungen Geisteskranker sich ähnlichen Zahlennachsprechenlassens zu bedienen pflegen, wurden „schätzungsweise" Angaben gemacht, die sich zumeist dem doppelten der obigen Resultate näherten.

Daß einseitige Begabungen hinsichtlich des Gedächtnisses und speziell des Zahlengedächtnisses sich finden, sogenannte Zahlenkünstler aller Abstufungen, muß natürlich berücksichtigt werden; so fand Verfasser im Laufe seiner Untersuchungen einen jungen Pfleger von gewöhnlicher Volksschulbildung, dessen „gutes Gedächtnis" bereits aufgefallen war, der beim C-Versuch z. B. noch 7 stellige Zahlen richtig reproduzierte, während kein anderer der untersuchten 20 Pfleger es über eine 3 stellige Zahl brachte; ferner einen jungen Idioten mit 8 und 7 stelligen Zahlen bei A und B, an welche ebenso und weniger tief verblödete Idioten natürlich nicht entfernt heranreichten. Derartige Sonderfälle müssen jedenfalls aus statistischen Berechnungen usw. ausgeschlossen bleiben, soweit sie als solche erkannt werden; gegen die nicht leicht erkennbaren Grenzfälle schützt man sich am besten, indem man bei Vergleichen verschiedener Gruppen immer die unteren Werte der Grenzleistungen heranzieht.

Ebenso liegt auf der Hand, daß Schul- und Berufsbildung fördernd [1]) auf das sogenannte Zahlengedächtnis einwirken;

---

[1]) Eine Steigerung der Merkfähigkeit für Zahlen in Hypnose konnte Verfasser an einer jungen Dame nachweisen, bei welcher die behauptete (geringe) Erhöhung der Leistungsfähigkeit auf fast allen Sinnesgebieten bereits von anderer Seite bestätigt gefunden war.

Diese Versuchsperson — nach Art der folgenden Gruppen (also in der 3. Versuchsreihe mit Zerstreuung durch Zählen am Metronom) in gleicher Weise außer und in Hypnose untersucht — ergab im normalen

ein 72 jähriger, recht verblödeter, senil dementer Volksschullehrer, welcher auch außerdienstlich sich viel mit der Rechenkunst beschäftigte, erreichte bei A und B noch eine 7 stellige Zahl, fiel dann allerdings beim C-Versuch auf eine 1 stellige ab.

Da nun diese Faktoren bei den sogenannten gebildeten Ständen eine gründlichere und ausgedehntere Beschäftigung mit Zählen und Rechnen bedingen, die Kranken unserer Anstalt aber fast ausnahmslos jenen Ständen nicht angehören, so waren die Ergebnisse obiger Versuchspersonen ein zum Vergleich von Höchst- und Mindestleistungen der letzteren nicht brauchbares Vergleichsmaterial.

Als solches zu gebrauchen waren gewiß die angestellten Pfleger und Pflegerinnen, die wohl ausschließlich den Bildungskreisen entstammen, aus denen die überwiegende Mehrzahl unserer Patienten sich rekrutiert. Daher wurden noch 20 Pfleger und 20 Pflegerinnen untersucht, bei ihnen aber auf die Selbstbeobachtung verzichtet, wodurch ein von diesen aufgenommenes Protokoll auch die gleiche Form annahm, wie bei den Geisteskranken.

II. Die Versuche an (ungebild.) Normalpersonen.

Die für unsere späteren Vergleiche mit den Kranken ausschließlich zu verwertenden Ergebnisse dieser Versuchspersonen bestehen bei:
Versuchsreihe A in: M = 6,1 (7—5) und F = 5,5 (6—5) stelliger Zahl
„ B in: M = 5,8 (7—5) und F = 5,1 (6—4) stelliger Zahl
„ C in: M = 2,5 (3—2) und F = 2,2 (3—2) stelliger Zahl
Das ist verglichen mit den gebildeten Normalpersonen:
bei A: M—1,3 und F—1,1 Stellen
bei B: M—2,0 und F—1,7 Stellen
bei C: M—2,3 und F—1,8 Stellen.

Bewußtseinszustand als Resultat 672, im hypnotischen Schlaf dagegen 984, also eine Steigerung der Merkfähigkeit um 3 resp. 1 resp. 2 Ziffernstellen in den drei Versuchsreihen.

Überdies zeigte sich hier in der Hypnose eine auffallende Abweichung im Ablauf der Reproduktion (auch der Auffassung?). Es wurde nämlich von der 3. Reizzahl in der 1. Versuchsreihe an bis zum letzten Einzelversuch durchgehend in folgender Gruppierung reproduziert: statt 54 217 695: Zweihundertsiebzehntausendsechshundertfünfundneunzig vierundfünfzig Millionen oder statt 7586: fünfhundertsechsundachtzig siebentausend.

Bei der sofortigen Reproduktion vermögen also die Ungebildeten nur Zahlen, die um reichlich 1 Ziffernstelle geringer sind als die der Gebildeten, richtig wiederzugeben.

Bei der Reproduktion nach 1 Minute Pause ohne Zerstreuung ergeben sich im Gegensatze zu den Gebildeten, welche hier kleine Erhöhungen der Merkfähigkeit aufwiesen, kleine Verringerungen derselben bei beiden Geschlechtern und zwar um 0,3 resp. 0,4 Stellen; in den Grenzleistungen machen sich diese nur bei den Frauen durch Erniedrigung des unteren Wertes um 1 Stelle bemerkbar. Diese Minderleistung beim B-Versuch wiederholt sich, wie im voraus gesagt sei, bei allen Krankheitsgruppen.

Bei der Reproduktion nach 1 Minute Pause mit Zerstreuung erscheint die absolute Weniger-

Ungebildete Normalpersonen:

| I. | Einzel- | A | B | C | Leistungen: | A | B | C |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M 1 | 7 | 7 | 3 | F 1 | 5 | 4 | 2 |
| | M 2 | 6 | 5 | 3 | F 2 | 6 | 5 | 2 |
| | M 3 | 6 | 5 | 2 | F 3 | 6 | 6 | 3 |
| | M 4 | 7 | 7 | 2 | F 4 | 6 | 6 | 2 |
| | M 5 | 7 | 6 | 2 | F 5 | 5 | 5 | 2 |
| | M 6 | 6 | 5 | 2 | F 6 | 5 | 5 | 2 |
| | M 7 | 5 | 6 | 3 | F 7 | 5 | 6 | 2 |
| | M 8 | 5 | 5 | 2 | F 8 | 6 | 5 | 3 |
| | M 9 | 6 | 6 | 3 | F 9 | 6 | 5 | 2 |
| | M 10 | 6 | 6 | 2 | F 10 | 5 | 4 | 2 |
| | M 11 | 6 | 6 | 2 | F 11 | 6 | 6 | 3 |
| | M 12 | 6 | 6 | 3 | F 12 | 5 | 5 | 2 |
| | M 13 | 6 | 7 | 3 | F 13 | 6 | 5 | 2 |
| | M 14 | 5 | 5 | 2 | F 14 | 5 | 5 | 2 |
| | M 15 | 6 | 5 | 2 | F 15 | 6 | 5 | 2 |
| | M 16 | 5 | 5 | 2 | F 16 | 5 | 5 | 2 |
| | M 17 | 7 | 6 | 2 | F 17 | 5 | 5 | 2 |
| | M 18 | 7 | 6 | 3 | F 18 | 6 | 5 | 2 |
| | M 19 | 7 | 6 | 3 | F 19 | 6 | 5 | 2 |
| | M 20 | 6 | 6 | 3 | F 20 | 5 | 5 | 2 |
| II. | Durchschnitts | 6,1 | 5,8 | 2,5 | Leistungen: | 5,5 | 5,1 | 2,2 |
| III. | Grenz- | 7—5 | 7—5 | 3—2 | Leistungen: | 6—5 | 6—4 | 3—2 |
| IV. | M + F wie II. | 5,8 | 5,5 | 2,3 | M + F wie III. | 7—5 | 7—4 | 3—2 |

leistung im Vergleich zu den Gebildeten recht groß; sie vergrößert sich noch, wenn man die relativen, die Unterschiedswerte zwischen C-Versuch und A-Versuch vergleicht, die bei den Gebildeten —2,6 resp. —2,6 betragen, bei den Ungebildeten jedoch —3,6 resp. —3,3. Dieser um rund ein Drittel größere relative Abfall der Leistungsfähigkeit Ungebildeter erklärt sich jedoch einfach aus der Verschiedenheit der Versuchsanordnung des C-Versuchs bei beiden Gruppen, indem bei jener I. als Zerstreuungsmittel einfache Lektüre, bei dieser II. hingegen Rückwärtszählen am Metronom gewählt wurde; das letztere erwies sich bei fast allen Versuchspersonen als ein vollkommenes Zerstreuungsmittel, wie ja stets die Ablenkung durch gleichgeartete Reize, hier wie dort Zahlen, die wirksamste zu sein pflegt. Daher würde bei gleicher Versuchsanordnung des C-Versuchs bei den Gebildeten sicher eine Verringerung der Leistungsfähigkeit zutage treten, welche nach Stichproben auf mindestens 1,0 Stelle zu bemessen ist.

Im übrigen wurden von den intelligenteren ungebildeten Normalpersonen die bei den gebildeten geschilderten Erfahrungen über Art der Einprägung und Reproduktion, Sicherheitsgefühl usw. im wesentlichen bestätigt.

### Die Versuche an Geisteskranken.

Waren somit die Resultate unserer Methode der Merkfähigkeitsprüfung mit einfachen Zahlen durch eine genügend große Anzahl von Untersuchungen (50) an Normalpersonen festgelegt, so war das Ziel der nun folgenden Versuche an Geisteskranken, die diagnostische Brauchbarkeit der Methode zu erweisen.

Differenzial-diagnostische Gesichtspunkte traten demgegenüber vorerst in den Hintergrund; die Frage würde demnach einfach folgendermaßen zu stellen sein: gelingt es mit besagter Methode der Merkfähigkeitsprüfung bei Geisteskranken andere Resultate zu erzielen als bei Gesunden?

Die Versuchspersonen wurden so gewählt, daß sich die Art ihrer Erkrankung und das derzeitige Zustandsbild verhältnismäßig übereinstimmend aufgestellten Krankheitsbildern einfügte.

Die Dementia paralytica progressiva, die Dementia senilis und die Idiotie genügten in bereits lange

bestehenden Fällen und bei genügendem Fortschritt der Krankheit am ehesten diesen Anforderungen; dabei wurden Fälle, die den Verdacht herdförmiger syphilitischer oder arteriosklerotischer Veränderungen zuließen, ausgeschaltet.

Von der Dementia praecox wurden alte abgeklungene Fälle gewählt, die einen Zweifel an dem dementen Zustande des Kranken nicht mehr zuließen.

Von erregten Patienten wurden Maniaci ausersehen; der Verlauf ihrer Krankheit ließ nach den oft zahlreich sich wiederholenden Ausbrüchen den Charakter des periodischen Irreseins im *Kraepelin*schen Sinne genügend erkennen.

Natürlich durfte der Grad der Verblödung oder der Erregung nicht das Maß überschreiten, das eine genügende Fixierung des Kranken von vornherein ausschloß.

Von jeder dieser erwähnten fünf Gruppen: Dementia paralytica, Dementia senilis, Idiotie, Dementia praecox und Manie wurden je 5 Männer und 5 Frauen untersucht. Die Ergebnisse der Versuche an diesen 50 Geisteskranken werden im folgenden in den entsprechenden fünf Krankheitsgruppen gebracht unter Fortlauf der den Normalpersonengruppen beigefügten römischen Nummern.

### III. Die Dementia paralytica progressiva.

Bei diesen, an erster Stelle untersuchten Kranken drückt sich die erwartete Verminderung der Merkfähigkeitsleistungen gegenüber den Normalpersonen — unter denen bei den folgenden Gegenüberstellungen aus erwähntem Grunde nur die ungebildeten, also Gruppe II, in Betracht kommen sollen — sogleich in den Ergebnissen der Versuchsreihe A — sofortige Reproduktion — aus: die Männer leisten im Durchschnitt eine 4,6 stellige Zahl, also —1,5 Stelle, die Frauen mit einer 3,0 stelligen Zahl —2,5 Stellen. Auch die Grenzleistungen stellen sich mit 5—4 resp. 4—2 entsprechend niedriger.

Die Versuchsreihe B zeigt nun eine noch weit erheblichere Minderleistung mit den Durchschnittszahlen: M = 2,4 (3—2) und F = 1,0 (1—1), also —3,4 resp. —4,1 Stellen; dieser enorme Abfall der Leistung beim B-Versuch,

im Vergleich zum A-Versuch —2,2 resp. —2,0 Ziffernstellen (beim Gesamtdurchschnitt um mehr als die Hälfte), muß jedoch als den Paralytikern typisch bezeichnet werden, denn er findet sich bei keiner der folgenden Gruppen auch nur annähernd so groß, sondern der nächstgrößte, bei den weiblichen Praecoxkranken, beträgt nur — 0,8.

In der Versuchsreihe C ergaben sich als Durchschnittszahlen: M = 0,4 (1—0) und F = 0,0 (0—0), d. h. von den Männern vermochte nicht einmal die Hälfte auch nur eine 1stellige Zahl richtig zu reproduzieren, von den Frauen sogar keine einzige; das bedeutet eine Herabsetzung der Merkfähigkeit um 2,1 resp. 2,2 Ziffernstellen gegen die II. Gruppe.

Noch in einer weiteren Beziehung zeigten die Paralytiker eine Besonderheit vor den übrigen, nämlich einen relativ großen Abstand der Frauenleistungen, bei A — 1,6, bei B — 1,4, hinter denen der Männer.

Dementia paralytica:

| I. | Einzel- | A | B | C | Leistungen: | A | B | C |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M 1 | 4 | 2 | 1 | F 1 | 3 | 1 | 0 |
| | M 2 | 5 | 2 | 1 | F 2 | 3 | 1 | 0 |
| | M 3 | 5 | 3 | 0 | F 3 | 4 | 1 | 0 |
| | M 4 | 5 | 3 | 0 | F 4 | 3 | 1 | 0 |
| | M 5 | 4 | 2 | 0 | F 5 | 2 | 1 | 0 |
| II. | Durchschnitts | 4,6 | 2,4 | 0,4 | Leistungen: | 3,0 | 1,0 | 0,0 |
| III. | Grenz- | 5—4 | 3—2 | 1—0 | Leistungen: | 4—2 | 1—1 | 0—0 |
| IV. | M + F wie II. | 3,8 | 1,7 | 0,2 | M + F wie III. | 5—2 | 3—1 | 1—0 |

## IV. Die Dementia senilis.

Bezüglich der Versuchsreihe A erzielte diese Gruppe den Paralytikern fast gleiche Resultate: mit den Durchschnittszahlen M = 4,2 (5—3) und F = 3,0 (4—2), also eine Verminderung der Merkfähigkeitsleistungen um 1,9 resp. 2,5.

Bei Versuchsreihe B beträgt letztere mit den Durchschnittszahlen M = 3,8 (5—3) und F = 2,8 (4—2) aber nur 2,0 resp. 2,3; die Verringerung gegen den A-Versuch also, der bei den

Paralytikern 2,2 resp. 2,0 betrug, stellt sich hier nur auf 0,4 resp. 0.2 Ziffernstellen.

Auch bei der Versuchsreihe C zeigen die Senilen, trotz ihrer um 1,7 resp. 1,8 den Normalpersonen hintanstehenden Leistungen, noch deutlich bessere Resultate, + 0.4 bei beiden Geschlechtern, als die paralytische Gruppe.

Dementia senilis:

| I. | Einzel- | A | B | C | Leistungen: | A | B | C |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M 1 | 4 | 4 | 1 | F 1 | 3 | 3 | 0 |
| | M 2 | 5 | 4 | 1 | F 2 | 2 | 2 | 0 |
| | M 3 | 4 | 3 | 0 | F 3 | 4 | 4 | 1 |
| | M 4 | 3 | 3 | 1 | F 4 | 3 | 2 | 0 |
| | M 5 | 5 | 5 | 1 | F 5 | 3 | 3 | 1 |
| II. | Durchschnitts | 4,2 | 3,8 | 0,8 | Leistungen: | 3,2 | 2,8 | 0,4 |
| III. | Grenz- | 5—3 | 5—3 | 1—0 | Leistungen: | 4—2 | 4—2 | 1—0 |
| IV. | M + F wie II. | 3,7 | 3,3 | 0,6 | M + F wie III. | 5—2 | 5—2 | 1—0 |

## V. Die Idiotie.

Die als dritte Gruppe unter den Kranken zur Untersuchung herangezogenen Idioten weisen insofern ein von sämtlichen anderen Versuchspersonen abweichendes Ergebnis auf, als die weibliche Leistungsfähigkeit, wenigstens in den beiden ersten Versuchsreihen, sich um ein weniges höher stellt als die männliche, um ebensoviel etwa höher, wie bei den anderen niedriger, nämlich um 0,6 bei A und 0,8 bei B; bei C ist sie gleich hoch. Offenbar ist diese Abweichung jedoch nicht von prinzipieller Bedeutung, sondern das Resultat äußerer Umstände, nämlich der Auswahl dieser Versuchspersonen, welche dem Versuchsleiter in nicht so reicher Zahl zur Verfügung standen, als daß sich von beiden Geschlechtern die gewünschte Anzahl gleichen Verblödungsgrades gefunden hätte, es zeigten vielmehr die vorhandenen und geeigneten männlichen Idioten sich im Durchschnitt schon äußerlich verblödeter als die weiblichen.

Im übrigen wies diese Gruppe der vorangegangenen fast gleiche Ergebnisse auf:

Bei der Versuchsreihe A eine Herabsetzung der normalen Merkfähigkeit um 3,1 resp. 1,9, also auf M = 3,0 und F = 3,6 stellige Zahlen, bei der Versuchsreihe B um 2,2 resp. 1,7 auf M = 2,6 und F = 3,4 stellige Zahlen und bei Versuchsreihe C um 1,7 resp. 1,4 Stellen auf M = 0,8 und F = 0,8 stellige Zahlen.

Die Ähnlichkeit erstreckt sich auch auf den Vergleich der Leistungshöhe der drei Versuchsreihen untereinander, also der sogenannten relativen oder der Unterschiedswerte; somit unterscheiden die Idioten sich ebenso wie die senil Dementen von den Paralytikern durch die annähernd gleiche Leistungsfähigkeit bei den beiden ersten Versuchsreihen; in der dritten Versuchsreihe ist letztere wieder um ein geringes, 0,2, heraufgesetzt.

Idiotie:

| I. | Einzel- | A | B | C | Leistungen: | A | B | C |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M 1 | 3 | 3 | 2 | F 1 | 4 | 5 | 1 |
| | M 2 | 5 | 5 | 1 | F 2 | 2 | 2 | 1 |
| | M 3 | 2 | 2 | 0 | F 3 | 4 | 5 | 1 |
| | M 4 | 4 | 3 | 1 | F 4 | 3 | 0 | 0 |
| | M 5 | 1 | 0 | 0 | F 5 | 5 | 5 | 1 |
| II. | Durchschnitts | 3,0 | 2,6 | 0,8 | Leistungen: | 3,6 | 3,4 | 0,8 |
| III. | Grenz- | 5—1 | 5—0 | 2- 0 | Leistungen: | 5—2 | 5—0 | 1—0 |
| IV. | M + F wie II. | 3,3 | 3,0 | 0,8 | M + F wie III. | 5 -1 | 5—0 | 2—0 |

## VI. Die Dementia praecox.

Diese Versuchspersonen — wie erwähnt, wurden nur diagnostisch zweifelsfreie und dem allseitig anerkannten Krankheitsbilde entsprechende Fälle und zwar möglichst im Endzustande deutlicher Verblödung gewählt — erwiesen sich, wie nicht anders zu erwarten, gleichfalls in allen drei Versuchsreihen als minder leistungsfähig wie unsere Normalpersonen:

Bei Versuchsreihe A:

M = 5,2 (6—4), also — 0,9, und F = 4,8 (5—4), also — 0,7.

Bei Versuchsreihe B:

M = 4,8 (5—4), also — 1,0, und F = 4,0 (5—3), also — 1,1.

Bei Versuchsreihe C:

M = 1,8 (2—1), also — 0,7, und F = 1,6 (2—1), also — 0,6.

Vergleicht man jedoch die Werte dieser Minderleistungen mit denen der bisher untersuchten drei Krankheitsgruppen, so findet man, daß die Merkfähigkeit der Praecox-Kranken nicht entfernt eine derartige Herabsetzung erfahren hat, wie bei jenen Verblödungsformen, sondern nur etwa um $^1/_3$, höchstens $^1/_2$ derselben. Auch bei der Gegenüberstellung der relativen oder Unterschiedswerte der Versuchsreihen A, B und C unter sich bemerkt man die Annäherung an die Merkfähigkeitsleistungen der Gesunden; in den Gruppen III, IV und V ist der Abfall von Versuchsreihe A zu Versuchsreihe C ein enormer, dis Leistung bei C im Durchschnitt = $^1/_5$ der Leistung bei A, in Gruppe II und VI jedoch, also bei den Normalpersonen und der Dementia praecox, bewegt sich dieser Wert zwischen $^1/_2$ und $^1/_3$

Dementia praecox:

| I. | Einzel- | A | B | C | Leistungen: | A | B | C |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M 1 | 4 | 4 | 2 | F 1 | 5 | 5 | 1 |
| | M 2 | 6 | 6 | 2 | F 2 | 4 | 3 | 1 |
| | M 3 | 6 | 5 | 2 | F 3 | 5 | 4 | 2 |
| | M 4 | 5 | 4 | 1 | F 4 | 5 | 3 | 1 |
| | M 5 | 5 | 5 | 2 | F 5 | 5 | 5 | 2 |
| II. | Durchschnitts | 5,2 | 4,8 | 1,8 | Leistungen: | 4,8 | 4,0 | 1,6 |
| III. | Grenz- | 6—4 | 5—4 | 2—1 | Leistungen: | 5—4 | 5—3 | 2—1 |
| IV. | M + F wie II. | 5,0 | 4,4 | 1,7 | M + F wie III. | 6—4 | 5—3 | 2—1 |

## VII. Die Manie.

Die in dieser Gruppe geprüften Versuchspersonen mußten, wie erwähnt, der Diagnose: manisch-depressives Irresein im *Kraepelin*schen Sinne genügen und durch wiederholte Anfälle ihre Dazugehörigkeit möglichst sichergestellt haben. Im übrigen kamen weder bei diesen noch allen anderen kranken oder gesunden Versuchspersonen für die Auswahl andere Gesichtspunkte in Betracht als eine für unsere Versuchsanordnung ausreichende Fixierung.

Es ergaben sich als Resultate bei:

Versuchsreihe A:

M = 6,6 (7—6) und F = 5,8 (7—5) Ziffernstellen.

Versuchsreihe B:

M = 6,2 (7—6) und F = 5,6 (7—4) Ziffernstellen.

Versuchsreihe C:

M = 2,8 (3—2) und F = 2,4 (3—2) Ziffernstellen.

also verglichen mit den ungebildeten Normalpersonen:

bei A: M + 0,5 und F + 0,3 Stellen
bei B: M + 0,4 und F + 0,5 Stellen
bei C: M + 0,3 und F + 0,2 Stellen.

Das besagt eine geringe, aber für beide Geschlechter und alle 3 Versuchsreihen ziemlich gleichmäßige, also immerhin beachtenswerte Merkfähigkeits steigerung.

Zieht man jedoch zur Erklärung hierfür den Umstand in Betracht, daß unter unseren manischen Versuchspersonen sich einige von zweifellos höherer Bildungsstufe, als sie der unseres Pflegepersonals entspricht, befanden — z. B. ein Mechaniker, ein Monteur, ein Uhrmacher und eine Kaufmannsfrau mit Töchterschulbildung — so wird man unter Berücksichtigung des bei den Gebildeten erzielten Resultates und in Erwägung des dort bezüglich der Wirkung höherer Bildung Dargetanen in letzterer auch die Deutung für jene Mehrleistung zu suchen und diese bei Vergleichen zu ignorieren haben.

Manie:

| I. | Einzel- | A | B | C | Leistungen: | A | B | C |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M 1 | 7 | 7 | 3 | F 1 | 6 | 6 | 2 |
| | M 2 | 6 | 6 | 3 | F 2 | 5 | 4 | 2 |
| | M 3 | 6 | 6 | 2 | F 3 | 5 | 5 | 2 |
| | M 4 | 7 | 6 | 3 | F 4 | 6 | 7 | 3 |
| | M 5 | 7 | 6 | 3 | F 5 | 7 | 6 | 3 |
| II. | Durchschnitts | 6,6 | 6,2 | 2,8 | Leistungen: | 5,8 | 5,6 | 2,4 |
| III. | Grenz- | 7—6 | 7—6 | 3—2 | Leistungen: | 7—5 | 7—4 | 3—2 |
| IV. | M + F wie II. | 6,2 | 5,9 | 2,6 | M + F wie III. | 7—5 | 7—4 | 3—2 |

Geschieht dies, so ersehen wir, daß die Resultate dieser Gruppe absolut und relativ, und zwar sowohl bei den Durchschnitts- wie auch den Grenzwerten denjenigen der gesunden Versuchspersonen gleichkommen.

Zusammenfassung und Ergänzung:

| Versuchsreihen: | Gesunde: | | | | Geisteskranke: | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Gebildete. | | Ungebildete. | | Dem. paral. | | Dem. sen. | | Idiotie. | | Dem. praec. | | Manie. | |
| | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F |
| A | 7,4 | 6,6 | 6,1 | 5,5 | 4,6 | 3,0 | 4,2 | 3,2 | 3,0 | 3.6 | 5,2 | 4,8 | 6,6 | 5,8 |
| B | 7,8 | 6,8 | 5,8 | 5,1 | 2,4 | 1,0 | 3,8 | 2,8 | 2,6 | 3,4 | 4,8 | 4,0 | 6,2 | 5,6 |
| C | 4,8 | 4,0 | 2,5 | 2,2 | 0,4 | 0,0 | 0,8 | 0,4 | 0,8 | 0,8 | 1,8 | 1,6 | 2,8 | 2,4 |
| Gesamtdurchschn. | 7,0 | | 5,8 | | 3,8 | | 3,7 | | 3,3 | | 5,0 | | 6,2 | |
| | 7,3 | | 5,5 | | 1,7 | | 3,3 | | 3,0 | | 4,4 | | 5,9 | |
| | 4,4 | | 2,3 | | 0,2 | | 0,6 | | 0,8 | | 1,7 | | 2,6 | |

In diesem Schlußkapitel seien an der Hand vorstehender Tabelle der von unseren 7 Gruppen in den 3 Versuchsreihen gewonnenen Gesamtdurchschnittszahlen und unter Betrachtung der auf Seite 336 folgenden Tafel der Leistungskurven — getrennt nach den Gruppen und Geschlechtern — sowie des Diagramms der Leistungen beider Geschlechter vereint noch einmal die Hauptergebnisse zusammengefaßt und aus den Beobachtungen der Protokolle einige weitere Schlüsse gezogen.

1. Es ist also mit der oben angewandten Methode der Merkfähigkeitsprüfung möglich, Defekte der Merkfähigkeit bei Geisteskranken nachzuweisen.

Bei den organisch bedingten Verblödungen der Dementia paralytica, Dementia senilis und Idiotie treten dieselben (mit den Gesamtdurchschnittszahlen 3,8 resp. 3,7 resp. 3,3) bereits bei der sofortigen Reproduktion (gegen die 5,8 stellige Zahl der Gesunden) deutlich zutage. Das Gleiche ist bei der Reproduktion nach 1 Minute Pause ohne Zerstreuung der Fall (mit den Gesamtdurchschnittszahlen 1,7 resp. 3,3 resp. 3,0 gegen 5,5 beim Gesunden). Am stärksten ist der Ausfall bei der Reproduktion nach 1 Minute Pause mit Zerstreuung (0,2 resp. 0,6 resp. 0,8 gegen 2,3) sowohl absolut — im Vergleich mit der entsprechenden Durchschnitts-

leistung der Gesunden —, als auch relativ — beim Vergleich der Minderleistungen dieser 3 Versuchsreihen untereinander.

Die Verblödung auf Basis der „funktionell" bedingten Dementia praecox zeigt zwar auch eine deutliche Herabsetzung der normalen Merkfähigkeit (mit den Gesamtdurchschnittszahlen 5,0; 4,4; 1,7 gegen 5,8; 5,5; 2,3) in allen 3 Versuchsreihen, aber bei weitem nicht den schweren Defekt der vorgenannten 3 Verblödungsformen.

Bei der Manie läßt sich (mit den Gesamtdurchschnittszahlen 6,2; 5,9; 2,6) eine wesentliche Veränderung der Merkfähigkeitsleistungen nicht feststellen.

2. Die oben vollzogene vergleichende Zusammenstellung und Bewertung unserer Ergebnisse enthält zugleich einige differentialdiagnostische Anhaltspunkte für die fünf Krankheitsgruppen; sie mögen unter diesem Gesichtspunkte nochmals kurz hervorgehoben sein:

Dementia paralytica, Dementia senilis und Idiotie zeigen durchgehend einen starken Merkdefekt, besonders bei Zerstreuung; die Dementia paralytica unter letzteren Umständen den erheblichsten, und überdies als einzige von den 5 Krankheiten eine stärkere Einbuße der Merkfähigkeit bereits bei der Reproduktion nach 1 Minute ohne Zerstreuung; bei der Dementia praecox erreicht auch bei tieferer Verblödung der jedenfalls bestehende Merkfähigkeitsverlust nicht den Grad der erstgenannten, sondern hält sich etwa in der Mitte; auch die Unterschiedswerte der 3 Versuchsreihen zeigen hier durch den relativ geringen Abfall in der 3. Versuchsreihe die Annäherung an das Normale. Die Manie erleidet keinen wesentlichen Merkdefekt!

3. Eine bestimmte, wenn auch nicht bedeutende Wenigerleistung des weiblichen Geschlechtes hat sich sicher bei allen Gruppen, normalen wie pathologischen (die scheinbare Ausnahme bei den Idioten hat ihre Aufklärung gefunden), und innerhalb dieser bei allen 3 Versuchsreihen nachweisen lassen. Bei den Paralytikern ist dieser Abstand mit 1,6 resp. 1,4 Stellen beim A- und B-Versuch weitaus am größten, sonst schwankt er zwischen 0,2 und 1,0 Stellen.

4. Der oben (vgl. Gruppe I) vorausgesetzte und begründete Einfluß höherer Bildung auf die Entwicklung der Merkfähigkeit ließ sich gleichfalls zweifelsfrei feststellen; er äußert sich in einer Verringerung der Leistungen (um 1,2 resp. 1,8 resp. 2,1 für A, B und C) bei der Pfleger- und Pflegerinnengruppe gegen die Gruppe der Gebildeten. Für die Wirkung der Berufstätigkeit und einseitiger Begabung sind gleichfalls einige Beispiele angeführt worden.

Ein wesentlicher Einfluß der Übung ist innerhalb unserer, nur auf 5—10 Einzelversuche bemessenen Versuchsreihen jedoch nicht bemerkt worden; im Gegenteil wurde viel häufiger (vgl. Protokoll: II. M 2 auf Seite 215) die Beobachtung gemacht, daß bei der einmal erreichten, richtig reproduzierten Ziffernzahl beharrt wurde, und ein nochmaliger Versuch mit der nächsthöheren mißlang.

Ermüdungserscheinungen wurden auch bei unseren kranken Versuchspersonen nicht wesentlich bemerkt.

5. Damit nicht zu verwechseln ist eine ferner zutage getretene (gleichfalls aus dem Protokoll II. M 2 ersichtliche) Erscheinung, nämlich diejenige des „apperzeptiven Antriebs"; zufolge einer höheren Anspannung der Aufmerksamkeit im Beginn des Versuchs oder einer neuen Versuchsreihe werden dort oft Zahlen mit größerer (bis 3) Ziffernanzahl einmal richtig reproduziert, als sie am Ende bei sinkender Aufmerksamkeit noch geleistet werden. Dies Phänomen zeigten am häufigsten die Praecoxkranken (6 mal), am seltensten die Idioten (1 mal) (die Gesunden 3 bis 4 mal).

6. Was nun die Fehlresultate bei der Reproduktion der Zahlen betrifft, so bedürfen dieselben infolge der durch individuelle Verschiedenheiten der Versuchspersonen bedingten steten Variierung der Höhe der Reizzahlen und Anzahl der Einzelversuche, um statistisch und differential-diagnostisch verwertet zu werden, einer derart sorgfältigen Abwägung und vorsichtigen Klassifizierung, daß eine exakte tabellarische Aufstellung derselben den Rahmen der vorliegenden Arbeit weit überschreiten würde.

Daher sollen nur einige hervorstechende Gesichtspunkte der Einteilung und Verteilung derselben hier skizziert werden.

Im ganzen wurden die begangenen Fehler — unter Außerachtlassung einiger seltenerer, andersgearteter — in einfache Fehler,

in Qualitäts-, in Auslassungs- und Hinzufügungsfehler eingeteilt.

a) Die Hinzufügungsfehler kamen verhältnismäßig sehr selten vor, beschränkten sich fast ausschließlich auf die 3. Versuchsreihe, bestanden stets in Hinzufügung nur 1 Ziffer an den Kopf der reproduzierten Zahl und beruhten fast stets auf Wiederholungsfehlern (vgl. unten), indem eine vorhergehende mehr ziffrige Zahl zur Erhöhung der folgenden, kleineren auf die gleiche Ziffernzahl verleitete. Bei weitem am häufigsten geschah dies bei den Paralytikern, in nennenswerter Prozentzahl sonst noch bei den Idioten und Praecocen.

b) Die Auslassungsfehler teilten wir je nach dem Ausfall einzelner Ziffern oder der ganzen Zahl in partielle und komplete; erstere prävalieren bei der 1. Versuchsreihe mit den relativ hohen Anfangszahlen, die letzteren bei der 3. An ihnen sind alle Gruppen der Untersuchten beteiligt, am stärksten die Dementia paralytica und Dementia senilis.

c) Die Qualitätsfehler setzen sich zusammen aus drei Klassen:

α) Wiederholungsfehler, durch perseverierende Vorstellungen veranlaßt; 1 (+) resp. 2 und mehrere (++) Ziffern aus der gleichen Zahl oder Ziffern aus der vorhergegangenen Reizzahl (+++) verdrängen die richtigen Ziffern oder treten nachträglich an Stelle vergessener. Die erste Art (+) findet sich bei den Normalpersonen beider Bildungsgrade sehr viel häufiger als bei Geisteskranken; die zweite Art (++) ist überhaupt selten, unter den Kranken nur bei der Dementia senilis zu finden; die dritte Art (+++), der Häufigkeit nach zwischen beiden obengenannten stehend und im übrigen bei allen Gruppen ziemlich gleichmäßig vorkommend, ist bei den Idioten stark (doppelt so viel) vertreten.

β) Stellungsfehler: 2 (!) resp. 3 (!!) resp. mehr Ziffern oder ganze Zifferngruppen (!!!) tauschen innerhalb der Zahl ihre Plätze untereinander; erstere (!) enthalten am häufigsten (doppelt so viel) die Protokolle der Manischen, die übrigen in ziemlich gleicher Zahl; die zweiten (!!), im ganzen recht selten, begehen am öftesten gleichfalls die Maniaci, dagegen Paralytiker und Idioten gar nicht; die dritten (!!!) finden wir nur bei den Normalpersonen, und zwar im ganzen 4 mal, je 2 in jeder Gruppe derselben.

γ) Hörfehler (?), meist 9 und 1 verwechselt, finden sich nicht besonders häufig und entbehren größeren Interesses.

Die Verteilung dieser Qualitätsfehler auf die 3 Versuchsreihen zeigt ein den Leistungen derselben, also der Anzahl richtig reproduzierter Ziffern, ziemlich proportionales Verhältnis; die meisten enthält die 1., etwas weniger die 2. und erheblich weniger (etwa $^1/_2$) die 3. Versuchsreihe.

Bezüglich ihrer Verteilung auf die verschiedenen Personengruppen ergibt sich nun gleichfalls als bemerkenswerte Regel, daß ihre Anzahl sich direkt — nicht umgekehrt — proportional den Leistungen derselben verhält; die Reihenfolge der Häufigkeit ist demnach auch für diese Fehlergruppe: Gebildete (10,9), Ungebildete (9,9), Manie (7,8), Dementia praecox (6,6), Dementia senilis (6,4) Dementia paralytica (6,0), Idiotie (6,0).

d) Ein entgegengesetztes Verhältnis zeigt hingegen die weitere große Gruppe von einfachen Fehlern, welche man wohl Verlegenheitsfehler nennen könnte, da hier an Stelle der entfallenen richtigen Ziffern — mehr oder minder aufs Geratewohl — beliebige unrichtige produziert werden. Die Häufigkeitsfolge dieser Fehler in den einzelnen Personengruppen ist genau die entgegengesetzte derer der Qualitätsfehler; so begeht z. B. die gebildete Normalperson durchschnittlich die meisten Qualitäts- und die wenigsten Verlegenheitsfehler, der Paralytiker aber umgekehrt.

Die absolute Anzahl dieser letzteren Fehlerart bleibt hinter der größten Gruppe, der Qualitätsfehler, zurück und kommt der Zahl der Auslassungsfehler etwa gleich.

Auch die Aufrechnung der rein quantitativen Verteilung der gesamten Fehlresultate gestaltet sich aus obengenannten Gründen recht schwierig; es seien daher nur einige Ergebnisse betreffs der „Begünstigung bestimmter Stellen“ (von *Ebbinghaus* „absolute Stellen“, d. h. Stellen der Silben in der Reihe oder dem Takte genannt) gebracht, welche z. T. die Erfahrungen anderer Autoren bestätigten. Es ergab sich bei größeren Zahlen (es kommen hierbei naturgemäß nur die ersten beiden Versuchsreihen in Betracht) für die ersten Ziffern durchschnittlich die geringste, für die mittleren die höchste Fehlerzahl; von den letzten 3 Ziffern zeigte die mittlere (d. i. die ge-

sprochene letzte) nicht die Hälfte Fehlresultate wie die sich fast gleich verhaltenden erste und letzte (also die gesprochene drittletzte und vorletzte).

Es traf dies für Gesunde wie Geisteskranke in ziemlich gleichmäßiger Weise zu.

Die beiden weitaus begünstigten Ziffernstellen jedoch, die erst- und letzt gesprochene, erwiesen sich im Verhältnis zueinander verschieden bei den Gesunden und Geisteskranken; bei jenen weist die erste durchschnittlich viel weniger falsche Reproduktionen auf, ist also die meistbegünstigte, bei den Geisteskranken hingegen die letztgesprochene (jedoch mit Ausnahme der manischen Gruppe, welche auch hierin sich dem Verhalten der Gesunden anschließt).

7. Bezüglich unserer bei der Versuchsreihe A (sofortige Reproduktion) in die Protokolle eingetragenen Intervallzeiten (zwischen Ende des Vorsprechens der Reizzahl und Beinn der Reproduktion derselben) gelangten wir zu Resultaten, welche den gelegentlich der Schilderung unserer Versuchsanordnung bereits zitierten diesbezüglichen Ergebnissen *Wundts* entsprechen, welche als das Optimum für die richtige Reproduktion einfacher Gehörseindrücke ein Intervall von 2 Sekunden ergaben. Unsere Versuchspersonen, aufgefordert, möglichst gleich und möglichst richtig die Reizzahl zu reproduzieren, werden — natürlich unwillkürlich — eine Pause gewählt haben, die ihrem jeweiligen Optimum entspricht. Unter Verzicht auf Wiedergabe der entsprechenden Zusammenstellungen, welche bei unserer einfachen und natürlich nicht ganz zuverlässigen Art der Zeitbestimmung doch keinen Anspruch auf Exaktheit erheben dürfen, seien hier nur die resp. Gesamtdurchschnittszeiten unserer 7 Gruppen hintereinandergestellt: Gebildete 2,15 Sekunden, Ungebildete 2,20, Dementia paralytica 2,70, Dementia senilis 2,60, Idiotie 2,55, Dementia praecox 3,75, Manie 1,25 Sekunden. Sie halten sich also bei Gruppe I und II wohl in oben gegebenen normalen Grenzen, bei Gruppe III bis V in annähernd normalen; die Verlängerung bei der Dementia praecox und die Verkürzung bei der Manie wird sich den zugehörigen Krankheitssymptomen widerspruchlos einfügen.

8. Fassen wir die mit unserer Methode der Merkfähigkeitsprüfung gefundenen Resultate der Grenzwerte, oberen und unteren,

Merkfähigkeits-Leistungskurven von Männern und Frauen:

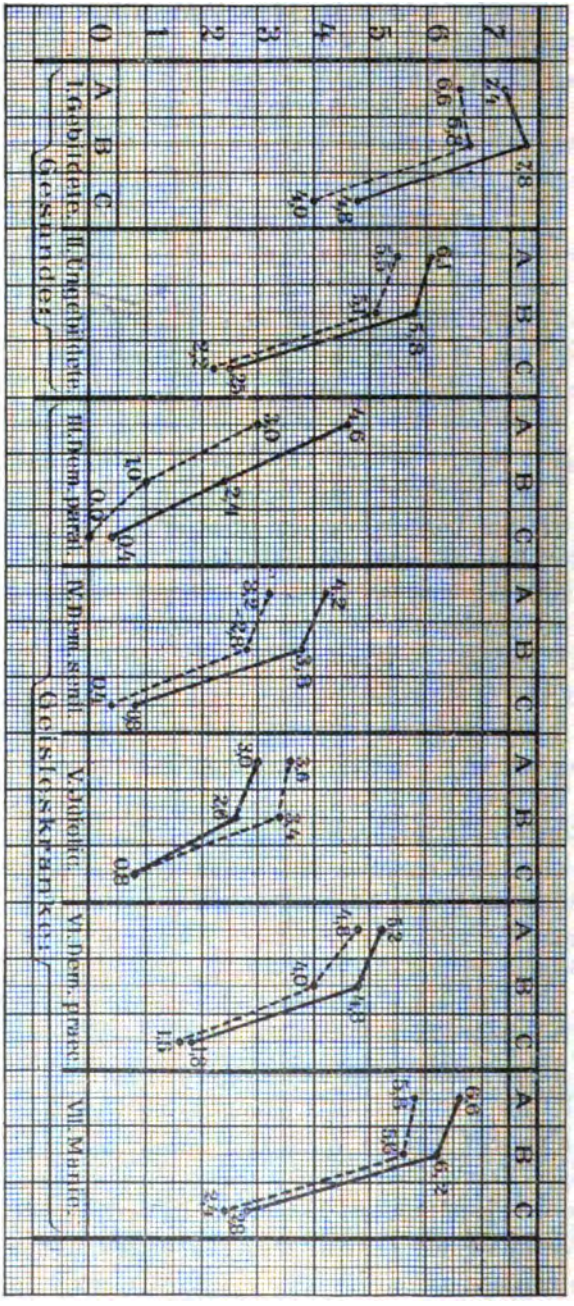
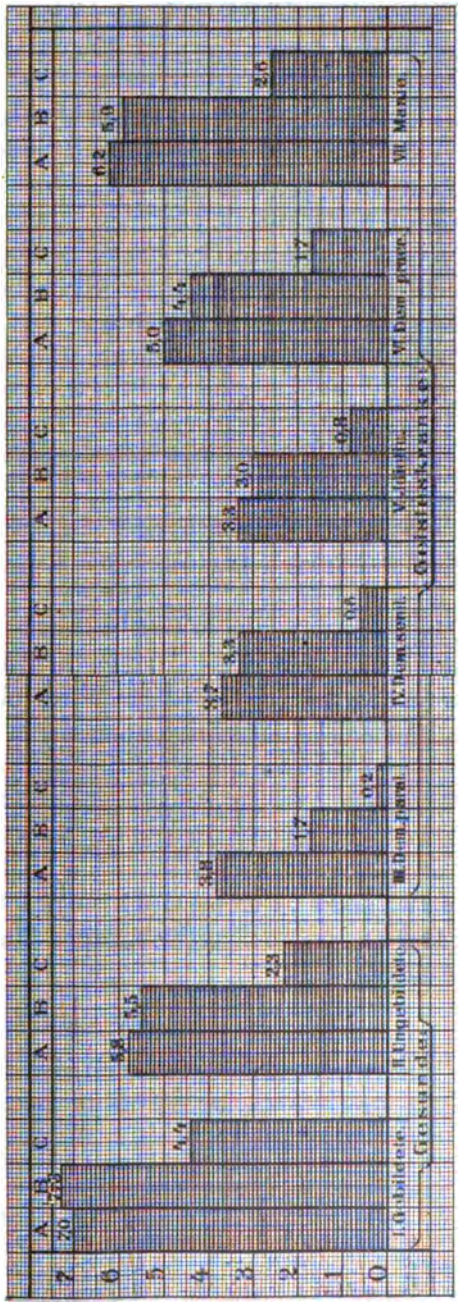


Diagramm der Gesamtleistungen:



der Normalpersonen, gebildeten und ungebildeten, der beiden Geschlechter und beiden ersten Versuchsreihen zusammen und ziehen den Gesamtdurchschnitt, so erhalten wir als Umfang der normalen Merkfähigkeit die 6stellige (genau 6,25), Zahl.

Diese aus 6 Ziffern (relativ einfachen Eindrücken) zusammengesetzte Zahl entspricht gleichfalls den Resultaten der *Wundt*schen [18]) psychologischen Untersuchungen über den „Umfang der Aufmerksamkeit", für welchen er einen „konstanten Maximalwert von sechs einfachen Eindrücken" für fast alle Sinnesgebiete fand:

„Die einfachsten räumlichen Eindrücke sind Punkte von beliebiger Verteilung: von ihnen können im Maximum 6 auf einmal apperzipiert werden. Ebenso können von etwas zusammengesetzteren Eindrücken von bekannter Beschaffenheit, wie einfache Linien, Ziffern, Buchstaben, in der Regel 6 simultan apperzipiert werden. Für den Tastsinn scheint dieselbe Grenze zu gelten."

Wenden wir uns zum Schlusse unserer eingangs skizzierten, diesen Untersuchungen wesentlich zugrundegelegten Aufgabe wieder zu, so glauben wir dieselbe angesichts der gewonnenen, präzisen Resultate, in Erwägung der bereits betonten Einfachheit der Anwendung und Kürze der für ihre Durchführung beanspruchten Zeit (bei einiger Übung nicht mehr als 10, höchstens 12 Minuten) und nicht zum wenigsten in Berücksichtigung der praktischen Bewährung bei fast allen, auch sonst schwer zu fixierenden Versuchspersonen als gelöst betrachten und die geschilderte Methode der Merkfähigkeitsprüfung mit einfachen Zahlen als diagnostisch brauchbares und eventuell differential-diagnostisch verwertbares psychiatrisches Untersuchungsmittel empfehlen zu dürfen.

## Literaturverzeichnis.

1. *K. Wernicke,* Grundriß der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. II. revid. Aufl. 1906.
2. *E. Kräpelin,* Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte VI. Aufl. 1899, VII. Aufl. 1903.
3. *Th. Ziehen,* Psychiatrie für Ärzte und Studierende. I. Aufl. 1894, II. Aufl. 1902.

4. *W. Wundt*, Grundzüge der physiologischen Psychologie. IV. Aufl. 1893, V. Aufl. 1903.
5. *E. Kräpelin*, Über die Merkfähigkeit. Monatsschrift für Psychiatrie Bd. VIII. 1900.
6. *E. Kräpelin*, Psychologische Arbeiten. Bes. III. Bd. 1900.
7. *K. Bonhöffer*, Die akuten Geisteskrankheiten der Alkoholiker. I. Aufl.
8. *P. Ranschburg*, Studien über die Merkfähigkeit der Normalen, Nervenschwachen und Geisteskranken. Monatsschrift f. Psych. Bd. IX 1901.
9. *H. Schneider*, Über Auffassung und Merkfähigkeit bei Altersblödsinn. *Kräpelins* psychol. Arbeiten III. Bd. 1900.
10. *A. Diehl*, Zum Studium der Merkfähigkeit. I. Aufl. 1902.
11. *K. Goldstein*, Merkfähigkeit, Gedächtnis und Assoziation. Zeitschr. f. Psychologie usw. Bd. XXXXI 1906.
12. *A. Netschajeff*, Experimentelle Untersuchungen über die Gedächtnisentwickelung bei Schulkindern. Zeitschr. f. Psychologie Bd. XXIV. 1900.
13. *Marx Lobsien*, Experimentielle Untersuchung über die Gedächtnisentwickelung bei Schulkindern. Zeitschr. f. Psychologie Bd. XXVII. 1901.
14. *H. Ebbinghaus*, Das Gedächtnis. 1885.
15. *Müller* und *Schumann*, Experimentelle Beiträge zur Untersuchung des Gedächtnisses. Zeitschr. f. Psychologie Bd. VI. 1894.
16. *Müller* und *Pilzecker*, Experimentelle Beiträge zur Lehre vom Gedächtnis. Zeitschr. f. Psychologie, Ergänzungsband 1900.
17. *P. Ranschburg*, Über die Bedeutung der Ähnlichkeit beim Erlernen, Behalten und der Reproduktion. Journal für Psychologie und Neurologie Bd. V 1905.
18. *W. Wundt*, Grundriß der Psychologie. V. Aufl. 1902, VII. Aufl. 1905.

# Untersuchungen über die sprachliche Komponente der Assoziation.[1])

Von

**Adolf Eberschweiler,** med. prakt.

In Anlehnung an eine Arbeit *Bourdons*[2]) haben *Jung* und *Riklin* im ersten Beitrag der Diagnostischen Assoziationsstudien versucht, exakte Angaben über gewisse äußerliche sprachliche Momente in den Assoziationen zu sammeln. Die beiden Autoren untersuchten so die Häufigkeit der Übereinstimmung von Reizwort und Reaktion in der grammatikalischen Form, der Silbenzahl und der Phonetik. Bei letzterer unterschieden sie Konsonanz, Alliteration und Übereinstimmung in der Endung. Die Schlußfolgerungen, die in genannter Arbeit angeregt und zur Nachprüfung empfohlen werden, lassen sich vielleicht kurz so resümieren:

1. Ungebildete haben in den Rubriken für „sprachliche Bindung" (speziell in den Rubriken „gleiche grammatikalische Form" und „gleiche Silbenzahl") höhere Prozentzahlen als Gebildete, speziell haben ungebildete Frauen die höchsten und die gebildeten Männer die niedrigsten Zahlen. Dieses von den beiden Verfassern bei ihren Versuchspersonen aufgefundene Ergebnis legte es ihnen nahe, als Grund für dieses Phänomen die Art der Einstellung auf das Assoziationsexperiment anzunehmen, nämlich: daß der Ungebildete sich mehr an das Reizwort klammere bzw. mehr von demselben beeinflußt werde als der Gebildete; er bringe dem Experiment eine Art größerer Aufmerksamkeit entgegen und bemühe sich mehr, der Bedeutung des Reizwortes gerecht zu werden.

---

[1]) Aus der psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich. Arbeiten unter Leitung von Dr. *Jung*.

[2]) Rev. phil. T. 35 p. 225.

2. Es lassen sich aus der Qualität der Assoziationen, abgesehen vom Bildungsniveau, verschiedene Reaktionstypen aufstellen: „der sachliche Typus", der „Prädikattypus", der „einfache Konstellationstypus" und der „Komplexkonstellationstypus". Der sachliche Typus charakterisiert sich gegenüber den übrigen Typen, die niedrige Zahlen aufweisen, durch auffallend hohe Zahlen in obengenannten Rubriken. (Ich verweise hier auf die Tabellen in *Jungs* Diagnostischen Assoziationsstudien I.)

3. Beim Ablenkungsexperiment indessen war es den Verfassern nicht möglich, eindeutige Resultate zu erzielen: wo Merkzeichen gelungener Ablenkung hervortraten, wie Zunahme der äußeren, Abnahme der inneren Assoziationen, „Fehler", Klangreaktionen, Perseverationen usw., zeigten die Rubriken für sprachliche Bindung verschiedenes Verhalten, während man eigentlich eine Zunahme in diesen Rubriken hätte erwarten können. In einem Falle, bei dem aber auch der Ablenkungsreiz intensiv wirkte, zeigt sich die erwartete Wirkung in den Rubriken: Alliteration, Konsonanz und gleiche Silbenzahl, nämlich eine deutliche Zunahme der entsprechenden Zahlen.

Meine Versuche mit der von *Jung* und *Riklin* angegebenen Ablenkungsmethode mit Bleistiftstrichzeichnen nach Metronomschlägen hatten eigentümliche Ergebnisse: die meisten meiner Versuchspersonen gaben an, nicht besonders abgelenkt zu werden; zwei behaupteten, daß die Form der Ablenkung ihnen das Assoziieren erleichtere, und in der Tat zeigten die Assoziationsresultate auch qualitativ, formal und nach Zeitmessungsverhältnissen das „bessere" Bild. Eine Versuchsperson wurde durch das vorbeifahrende Tramway beim Normalversuch gestört; beim Ablenkungsversuch vermittelst Metronom überhörte er das Tramgeräusch völlig. Das Strichemachen und Assoziieren zugleich bei 80 Schlägen pro Minute ging aber erleichtert vor sich, und bei einer Erhöhung auf 120 Schläge fühlte er sich in seinem „gewohnten Element". Versuchsperson zeichnet viel, und das Strichemachen gilt ihm als „Schraffieren"; er stellte sich dementsprechend ruhig auf das Experiment ein.

4. In einzelnen Fällen wird typische Einwirkung eines „gefühlsbetonten Komplexes" auf das Reaktionsresultat in formalem und phonetischem Sinne beobachtet: wenn eine Versuchsperson nach einer Reaktion mit typischen Komplexmerkmalen (ich werde weiter unten

die bis jetzt geltenden Komplexmerkmale im Assoziationsexperiment aufführen) auf

„Stolz": „Bolz"

reagiert, so sieht man tatsächlich, daß die ablenkende Wirkung eines gefühlsbetonten Komplexes als Störungsreiz eine Einstellung im klanglichen Sinne nach sich ziehen kann. Solche Klangassoziationen nach Komplexassoziationen stehen nicht vereinzelt da.

In dieser Arbeit will ich nun versuchen, die Einflüsse der Reizwortreihe auf die Reaktionen in formalem und phonetischem Sinne und ebenso eine Reihe entsprechender Einflüsse der vorausgehenden auf die folgende Reaktion darzustellen. Zu diesem Zwecke habe ich nicht bloß die Einwirkung des Reizwortes auf die entsprechende Reaktion im Sinne der von *Jung* und *Riklin* aufgestellten Tabelle untersucht, sondern die Fragestellung noch in folgendem Sinne erweitert:

1. Existieren nachweisbare Einflüsse der Reizwortreihe auf die Reaktionswortreihe in formaler, rhythmischer und phonetischer Beziehung, oder herrscht die gewöhnliche sprachliche Frequenz vor? Es ist nämlich sehr leicht denkbar, daß, wenn z. B. Reizwort und Reaktion konsonieren, diese Konsonanz gar keine phonetische Bindung darstellt, sondern bloß ein zufälliges Zusammentreffen der gleichen Akzentvokale ist, was sehr häufig geschehen muß, da die Auswahl der Vokale bei ihrer geringen Anzahl natürlich sehr beschränkt ist.

2. Die gleiche Frage läßt sich auch für die phonetische Perseveration, d. h. für die Konsonanz der Akzentvokale zweier unmittelbar aufeinanderfolgender Reaktionsworte aufwerfen. Vorsichtshalber sprechen wir in diesem Falle nicht von vornherein von „Perseveration", sondern bevorzugen den nichts präjudizierenden mathematischen Ausdruck: Sequenz spez. „Vokalsequenz".

3. Wie verhält es sich in sprachlicher Hinsicht mit denjenigen Reaktionen, die sich in einem Versuch mehrfach wiederholen? Stehen dieselben unter besonderen sprachlichen Bedingungen, die ihr Wiederauftreten begünstigen?

4. Wie verhalten sich die Reaktionszeiten a) bei den Konsonanzen und Alliterationen zwischen Reizwort und Reaktion; b) in einer konsonierenden oder alliterierenden Sequenz innerhalb der Reaktions-

wortreihe; c) welchen Einfluß hat die sprachliche Häufigkeit auf die Reaktionszeit α) in der Reizwortreihe, β) in der Reaktionswortreihe γ) bei wiederholten Reaktionsworten?

5. Bestehen Zusammenhänge der Vokalsequenzen mit Komplexmerkmalen?

## I. Der phonetische, rhythmische und formale Einfluß der Reizwortreihe auf die Reaktionswortreihe.

Um zu eruieren, ob die Vokalität der Reizwortreihe — speziell der akzentuierte Vokal des Reizwortes — einen besonderen Einfluß auf die Reaktionswortreihe habe, sowohl was die mittlere Häufigkeit der Akzentvokale der Reaktionsworte, als auch was die Konsonanz betrifft, wurden alle Akzentvokale der Reizwortreihe abgezählt und in Vergleich gebracht mit den ebenfalls abgezählten Vokalen der Reaktionswortreihe. Es handelte sich bei diesem Versuche um 55 Versuchspersonen mit je einer Serie von 100 Reaktionen, die nach der gewöhnlichen, von *Jung* angewandten Methode aufgenommen worden waren.

In der von mir angewandten Reizwortreihe hatten die Akzentvokale folgende Häufigkeit:

| a | e | i | o | u | ei | (au | ä | eu | ö) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25 | 12 | 16 | 14 | 9 | 8 | 4 | 2 | 3 | 1 |

Da die Reizwortreihe nach keinen phonetischen Gesichtspunkten ausgewählt ist, so ist es denkbar, daß ihre Vokalität mit der gewöhnlichen Vokalität der deutschen Sprache überhaupt übereinstimmt. Um diese Frage zu entscheiden, zog ich ein wohl wenig bekanntes Werk: das Häufigkeitswörterbuch von *Kaeding*[1]) zu Rate.

[1]) *F. W. Kaeding*, Häufigkeitswörterbuch der deutschen Sprache. Selbstverlag. Steglitz bei Berlin 1898. — Ganz abgesehen davon, daß einzelne Tatsachen der Häufigkeit (Worthäufigkeit, Vokalität der Stammsilben, Frequenz der Konsonanten und Vokale als Anlaute usw.) im Sinne meiner Arbeit als wertvoll erscheinen, sind auch folgende *Kaeding* entnommene Zählresultate für Studien auf psychologischem und sprachlichem Gebiete von Interesse: „Besonders hervorgehoben sei die überraschende Tatsache, welche sich aus der alphabetischen Nachweisung AI ergibt, daß die 3 häufigsten Worte: „die", „der", „und" zusammen die Häufigkeit von 1 033 565 = 9,47 %, also fast ein Zehntel der Sprache dar-

*Kaeding* hat mit einer großen Zahl von Mitarbeitern ein Material von fast 11 Millionen Wörtern (10 910 777) mit rund 20 Millionen Silben bearbeitet.

Die für unsere Zwecke wichtige Vokalstatistik ist (Lief. 13 15) Seite 644 zu finden. Daselbst ist eine Rubrik für die Vokale aller Haupt- bzw. Stammsilben, die wohl unter der Voraussetzung, daß in der weitaus größten Zahl der Fälle die Worte den Akzent auf der Stammsilbe tragen, für meine Zwecke der Häufigkeitsvergleichung passend sein dürfte. Die dort gefundenen Werte sind:

für a : 18,46
„ e : 19,76
„ i : 14,14
„ ie : 7,64
„ o : 9,08
„ u : 9,99
„ ei : 9,006.

Die Zahlen für die seltenen Umlaute habe ich hier zur Vereinfachung beiseite gelassen. Diese Frequenzzahlen schienen mir indes doch nicht ohne weiteres brauchbar, da sie die Akzentvokalwerte der 320 häufigsten Worte (von 5000—358 000 *Kaeding*scher Häufigkeit) = 72,25% der Gesamtworthäufigkeit enthielten. Diese letzteren Worte (der, die, das, und usw.) figurieren mit wenigen Ausnahmen nie als Reaktionsworte in meinen Reaktionsreihen, beeinflussen aber erheblich obige Zahlen der Vokalität. Ich berechnete daher die Werte der einzelnen Akzent-

stellen. Nimmt man noch das Wort „zu" mit 258 584 in Rechnung, so ergibt sich die Gesamthäufigkeit von 1 292 149 = 11,84 %. Die 15 häufigsten Wörter stellen mit 2 751 798 = 25,22 % den vierten Teil der Sprache dar, die 66 häufigsten Wörter bilden mit 5 462 068 = 50,06 %, d. h. die Hälfte der Sprache. Die Häufigkeit von 5000 und darüber haben 320 Wörter mit der Gesamthäufigkeit von 7 883 469 = 72,25 % der gezählten Wörter oder 55,6 % der Gesamthäufigkeit" usw. ..... Von den 320 häufigsten Wortformen sind 171 einsilbig, 141 zweisilbig und 8 dreisilbig. — Die Lauthäufigkeit (Vokale und Konsonanten) sind im gleichen Werke (Lieferung 15/16) tabellarisch geordnet. Es ist unzweifelhaft, daß diese in großem Maßstabe untersuchten Frequenzerscheinungen in sprachlicher und spez. auch in lautlicher Beziehung für den Ablauf sprachlicher Assoziationen bedeutsam sein müssen.

vokale der in Betracht kommenden 320 häufigsten Worte und brachte die gefundene Zahl jeweils bei dem betreffenden Vokal in Abzug, indem ich zugleich das Resultat auf 100 umrechnete (siehe *Kaeding* S. 644 Rubr. 6). Die neu gefundenen Werte sind:

a : 20,0
e : 18,2
i : 19,9
o : 10,4
n : 6,7
ei : 10,9

Vergleichen wir die Vokalität (Akzentvokale) in der angewandten Reizwortreihe mit den *Kaeding*schen Häufigkeitszahlen, so sieht man, daß die Vokalität der Reizwortreihe nicht nach *Kaeding* zusammengesetzt ist:

| | a | e | i | o | u | ei |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Reizwortreihe: | 24,6 | 14,0 | 16,0 | 13,3 | 8,6 | 8,6 |
| Frequenz nach *Kaeding*: | 20,0 | 18,2 | 19,9 | 10,4 | 6,7 | 10,9. |

In der Reizwortreihe hat a eine Plusfrequenz von 4,6, o eine solche von 2,9, u von 1,9, e hat eine Minusfrequenz von 4,2, i von 3,9 und ei von 2,3.

Die Reaktionswortreihe von 55 Versuchspersonen zeigt zu *Kaeding* in der Häufigkeit ihrer Akzentvokale folgendes Verhalten:

| | a | e | i | o | u | ei |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Reaktionswortreihe | 21,9 | 14,4 | 16,0 | 9,3 | 12,2 | 8,4 |
| Frequenz nach *Kaeding*: | 20,0 | 18,2 | 19,9 | 10,4 | 6,7 | 10,9 |
| die Reaktionswortreihe hat also: | +1,9 | —3,8 | —3,9 | —1,1 | +5,5 | —2,5. |

Zum Vergleich zwischen Reizwortreihe und Reaktionswortreihe ergibt sich folgendes:

| | a | e | i | o | u | ei |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Reaktionswortreihe: | 21,9 | 14,4 | 16,0 | 9,3 | 12,2 | 8,4 |
| Reizwortreihe: | 24,6 | 14,0 | 16,0 | 13,3 | 8,6 | 8,6 |
| die Reaktionswortreihe hat also: | —2,7 | +0,4 | 0 | —4 | +3,6 | —0,2 |

Resümiere ich, so hat in der Reaktionswortreihe der Vokal

| | gegen die Reizwortreihe | gegen *Kaeding* |
|---|---|---|
| a | —2,7 | +1,9 |
| a | +0,4 | —3,8 |
| i | 0 | —3,9 |
| o | —4,0 | —1,1 |
| u | +3,6 | +5,5 |
| ei | —0,2 | —2,5 |

Die Häufigkeit von a in der Reaktionswortreihe liegt also zwischen der darunterliegenden *Kaeding*schen und der Reizwortvokalfrequenz, e liegt über der Frequenz der Reizworte und unter *Kaeding*, i hat die gleiche Frequenz wie die Reizworte und liegt 3,9 unter *Kaeding*, o liegt unter der Reizwortfrequenz und —1,1 unter *Kaeding*, u hat an beiden Orten eine große Plusdifferenz, und ei liegt unter der Reizwortfrequenz und unter *Kaeding*. Für das Verhalten der Akzentvokale in der Reaktionswortreihe läßt sich demnach nichts Eindeutiges aus den Zahlen ersehen, jedenfalls nicht, daß die Reizwortreihe irgendwie einen Einfluß in phonetischer Beziehung auf die Reaktionen ausübt. Eigentümlich ist immerhin die Häufigkeit von u, die an beiden Orten größere Plusdifferenzen zeigt. Um positiv festzustellen, ob und welchen phonetischen Einfluß das Reizwort auf die Reaktion ausübt, wurden besondere Versuche gemacht mit Reizworten, deren Akzentvokale in besonderer Weise ausgewählt wurden. So machte ich Versuche mit 100 Reizworten, die kein a als Akzentvokal enthielten. Ich erhielt bei acht Versuchspersonen in den Reaktionen eine Durchschnittsfrequenz für a von 22,7, also auch noch über *Kaeding* gelegen.

Sodann wurden Versuche unternommen mit Reizworten, die nur bestimmte Akzentvokale enthielten, nämlich ein Schema mit 50 a, ein solches mit 25 ei und 25 u. Das Ergebnis war ein negatives, fast möchte ich sagen g e g e n t e i l i g e s, denn gerade bei diesen Versuchen traten jeweilig die Zahlen für die betreffenden Vokale zurück. Zum Beispiel betrug das Mittel von sechs Versuchspersonen für a 18,3 (gegen 21,9 bei 54 Versuchspersonen mit gemischtem Formular). Eine Versuchsperson wies in einer Serie von 25 Reizworten mit u als Akzentvokal nicht e i n u auf, so daß man fast den Eindruck erhielt als ob ein die Konsonanz verhinderndes Moment wirksam wäre und

unter normalen Verhältnissen von einem klanglichen Einfluß der Reizwortreihe auf die Reaktionen nicht die Rede sein könne. Wie sich diese Verhältnisse gestalten bei wirklichen Störungsreizen, sei es im Ablenkungsexperiment oder bei pathologischer Aufmerksamkeitsstörung, wäre noch des Nachweises bedürftig. Unter diesen Umständen erscheint es unwahrscheinlich, daß die von der *Kaeding*schen Häufigkeit abweichende Vokalhäufigkeit des Reizwortschemas die Ursache der andersartigen Zusammensetzung der Reaktionsvokalität ist. Die Annahme wäre sonst denkbar, daß die Vokalität der Reizwortreihe eine Konsonanz der Reaktionswortreihe hervorriefe. Obschon obiges Resultat in dieser Hinsicht nichts Positives verspricht, habe ich trotzdem die Konsonanzverhältnisse einer näheren Prüfung unterzogen.

Die Zahlen für die Konsonanz (phonetische Übereinstimmung der Akzentvokale) zwischen Reizworten und Reaktionen waren für 46 Versuchspersonen im Mittel für:

| a | e | i | o | u |
|---|---|---|---|---|
| 6,3 [1]) | 2,1 | 3,6 | 1,2 | 0,9. |

Total : 14,1%.

Diese Zahlen schienen mir im Hinblick auf die allgemeine Frequenz der Vokale auffallend niedrig, namentlich bezüglich der Vokale a, e, i. Ich versuchte daher eine experimentelle Nachprüfung, wobei ich von folgender Überlegung ausging: Möglicherweise existiert gar keine Konsonanz im Sinne einer Beeinflussung der Reaktion durch das Reizwort, sondern es handelt sich bloß um ein zufälliges Zusammentreffen, da die Auswahl unter den Vokalen eine sehr geringe ist.

Dieses „Wahrscheinlichkeitsexperiment" wurde so vorgenommen, daß 100 Vokale im *Kaeding*schen Verhältnis zusammengesetzt, in einer Urne gemischt wurden und dann wie beim Lotto gezogen und der Reihe nach den Reizworten zugeteilt wurden. Das Experiment wurde 46 mal, entsprechend ebensovielen Assoziationsversuchen, wiederholt, und es ergaben sich für die Konsonanz folgende Zahlen:

| a | e | i | o | u | ei |
|---|---|---|---|---|---|
| 7,16 | 3,41 | 6,0 | 1,75 | 0,83 | 1,08 |

Total: 20,23.

[1]) Die Zahlen sind Prozent. Sie geben an, wieviel Prozent der Reaktionen in einem Versuch — z. B. a — Konsonanzen bilden.

Ich erhielt also hier für a einen Wert, der mit demjenigen der Reaktionen meiner Versuchsperson einigermaßen harmoniert, während i hier eine größere Zahl aufweist als bei den Versuchspersonen. Auffallend war aber, daß die Zahl der durch das „Wahrscheinlichkeitsexperiment" gewonnenen Konsonanzen über derjenigen der Assoziationsversuche lag. Es ist also mindestens anzunehmen, daß die Konsonanzen im Assoziationsexperiment, solange sie nicht g e h ä u f t oder in a u f f a l l e n d e r Form auftreten, nicht bedeuten, daß die Reizwortreihe einen klanglichen Einfluß auf die Auswahl der Reaktionsworte ausgeübt hat, im Gegenteil spricht obiges Resultat für eine T e n d e n z z u r V e r m i n d e r u n g d e r K o n s o n a n z im normalen Assoziationsexperiment.

Wenn die bei der Konsonanz gemachten Beobachtungen auch auf die Alliteration zwischen Reizwort und Reaktion ausgedehnt werden, so ergeben sich ähnliche Resultate:

Die Alliteration (phonetische Übereinstimmung im ersten Laut) betrug bei 43 Versuchspersonen im Durchschnitt 10,9 (bei *Jung-Riklin* 8,9) im Normalversuch.

Bezüglich des W o r t b e g i n n s wurden folgende Tatsachen konstatiert:

Die Reizwortserie zeigt

Vokalbeginn ..... 6 %
Konsonanten ..... 94 %

Die Häufigkeit der einzelnen Konsonanten, die im Reizwortschema als Anlaute vorkommen, ist folgende:

| | sch | b | f | t | k | r | w | g | h | s | l | m | d | n | z |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Reizwortschema: | 17 | 10 | 9 | 9 | 7 | 7 | 7 | 6 | 4 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 |
| Die entsprechenden Zahlen aus den Reaktionen von 34 V. P. sind: | 13,1 | 5,4 | 9,8 | 3,5 | 8,1 | 4,2 | 5,0 | 10,7 | 5,7 | 3,2 | 4,8 | 6,3 | 2,0 | 4,1 | 2,5 |
| Die aus Kaeding gewonnenen Zahlen für diese Konsonanten sind: | 9 | 8 | 6 | 4 | 6 | 5 | 6 | 9 | 7 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 |

Die Zahlen der Reaktionswortreihe schmiegen sich mehr den *Kaeding*schen Zahlen an als den Zahlen der Reizwortreihe, was dafür spricht, daß die sprachliche Frequenz es ist, welche das Zusammentreffen im Anlaut bewirkt und nicht Alliteration im eigentlichen

Sinne, d. h. phonetische Auswahl des Reaktionswortes unter der Konstellation des Reizwortes.

Eine Nachprüfung mit dem Wahrscheinlichkeitsexperiment, ähnlich wie bei den Vokalen, ergab bei 30 Kontrollversuchen für Alliteration einen Wert von rund 10%, also fast gleich viel, wie in den Reaktionen der Versuchsperson von *Jung* (8,9) und mir (10,9). Im großen und ganzen bewegt sich dieselbe also im Rahmen der aus den Frequenzwerten nach *Kaeding* gewonnenen Wahrscheinlichkeit, was wiederum dafür spricht, daß die Alliterationen des Normalversuches im wesentlichen nichts anderes sind als durch die Sprachfrequenz bedingte Sequenzen.

Zur Vervollständigung meiner Untersuchung habe ich auch die zwischen Reizwort und Reaktion stattfindende Übereinstimmung in Silbenzahl und grammatikalischer Form statistisch bearbeitet und durch das Wahrscheinlichkeitsexperiment nachgeprüft.

42 Versuchspersonen haben in der Rubrik:

gleiche Silbenzahl ..... 43,0
„ grammatik. Form .... 42,8.

*Jung-Riklin* führen für ihre Versuchspersonen nachstehende Zahlen auf:

gleiche Silbenzahl ..... 40,4
„ grammatik. Form ..... 55,4.

Das Wahrscheinlichkeitsexperiment ergab folgende Zahlen:

gleiche Silbenzahl ..... 36,5
„ grammatik. Form .... 43,5.

Wir sehen hier im Assoziationsexperiment gegenüber dem Wahrscheinlichkeitsversuch durchschnittlich erhöhte Zahlen, spez. die Zahlen der *Jung-Riklin*schen Tabelle zeigen ein nicht unbeträchtliches Mehr: in der gleichen Silbenzahl 3,9 % und in der Rubrik für gleiche grammatikalische Form gar 11,9 %, so daß es möglich erscheint, daß rhythmische und formale Beeinflussung zwischen Reizwortreihe und Reaktion stattfindet. In der Ablenkung treten diese Zahlen durchgehends noch bedeutend verstärkt hervor, so daß es wahrscheinlich ist, daß die rhythmische und formale Übereinstimmung zwischen Reizwort und Reaktion zu

denjenigen psychophysischen Komponenten gehört, die durch eine Herabsetzung der Aufmerksamkeit zu stärkerem Hervortreten veranlaßt werden.

Meine Versuchspersonen zeigen allerdings in der Rubrik für gleiche grammatikalische Form einen gegen das Wahrscheinlichkeitsexperiment zu niedrigen Wert; wenn ich aber eine siebengliedrige Prädikattypenfamilie, die durch auffallend niedrige Zahlen in dieser Rubrik (23,3 % im Mittel) das allgemeine Ergebnis stark herabdrückt, in Abzug bringe, so steigt das Mittel für die Versuchsperson auf 46,6 %, d. h. über das Wahrscheinlichkeitsresultat.

Weiterhin kann sich die Reizwortreihe in den Reaktionen noch bemerkbar machen dadurch, daß ein Reizwort ein oder mehrmals als Reaktionswort auftritt, und zwar ist hier nicht die von *Jung* als „Komplexmerkmal" aufgestellte direkte Wiederholung nach dem Zurufen des Reizwortes gemeint, sondern das spätere Wiederkehren eines Reizwortes in der Reaktionswortreihe. Es wurde bei 35 Versuchspersonen ein durchschnittliches Mittel von 3,7 % für Wiederkehr des Reizwortes in der Reaktionswortreihe gefunden. Es dürften hier exquisit hohe Zahlen von Bedeutung sein, wie solche vier Versuchspersonen in dieser Rubrik aufweisen mit 8, 8, 9 und 10 Reizworten, die in der Reaktionswortreihe wieder erscheinen. Auch möchte ich auf eine auffällige Wiederkehr des Reizwortes aufmerksam machen, wie sie z. B. folgende Assoziationen, die im Experiment nacheinander folgen, zeigen

Ziege: Bock 6 (⅘ Sek.),
groß: klein 7
Rübe: Ziege 9 (nicht verstanden).

Ich gebe zu, daß solche und ähnliche Reizwortwiederkehr auch ohne besondere Konstellation erfolgen könnte, in dieser vorliegenden Form trägt sie aber den Stempel eines durchsichtigen Komplexmerkmales.

Dies dürften die hauptsächlichsten formalen, ryhthmischen und klanglichen Einflüsse sein, die von der Reizwortreihe auf die Reaktionen übergehen können.

Zum Schlusse der Betrachtung über den Einfluß der Reizwortreihe auf die Reaktionen wurde noch in gleicher Weise wie bei *Jung* und *Riklin* nachgeprüft, ob das Verhalten bei Männern und Frauen

das gleiche sei. Wir haben 26 weibliche und 29 männliche Versuchspersonen (Gebildete und Ungebildete gemischt).

Es haben:

| | Männer | Frauen |
|---|---|---|
| gleiche grammatik. Form ..... | 48,1 | 36,8 |
| „ Silbenzahl ..... | 43,4 | 42,8 |
| Alliteration ..... | 11,0 | 10,4 |
| Konsonanz ..... | 17,2 | 15,9 |
| Wahrscheinlichkeitsexperiment: | | |
| gleiche grammatik. Form ..... | 36,5 | |
| „ Silbenzahl ..... | 43,5 | |
| Alliteration ..... | 10,0 | |
| Konsonanz ..... | 18,3. | |

Vergleichen wir die Zahlen für Frauen und Männer mit den entsprechenden Ergebnissen in den *Jung-Riklin*schen Tabellen, so sehen wir das Verhältnis gerade umgekehrt, indem dort die Frauen die höheren Werte in den einzelnen Rubriken aufweisen. Es könnten diese verschiedenen Resultate dadurch begründet sein, daß die Assoziationsaufnahmen bei meinen weiblichen Versuchspersonen von einer Dame aufgenommen sind. Ich möchte darauf aufmerksam machen, daß *Jung* des öfteren betont hat, daß die Person des Experimentators (z. B. Frau oder Mann, Respektsperson oder Gleichgestellter) auf das Resultat des Experimentes nicht ohne erheblichen Einfluß sei; daher dürfte es vielleicht rühren, daß sich die Zahlen in diesen Rubriken gegen die Erwartung bei Frauen so niedrig stellen.

## II. Die rhythmische, formale und phonetische Beeinflussung der Reaktionen untereinander.

In ähnlicher Weise, wie ich das Verhalten der Reizwortreihe auf die Reaktionen einer Untersuchung unterzog, war es mir auch wissenswert, ob in der Reaktionswortreihe Momente gelegen sind, die an und für sich geeignet wären, das Assoziationsresultat in phonetischer, formaler und rhythmischer Beziehung zu beeinflussen.

Die Rubrizierung wurde in erster Linie analog der Fragestellung bei dem Verhalten zwischen Reizwort und Reaktion vorgenommen:

1. Wieviele aufeinanderfolgende Reaktionen haben gleiche grammatikalische Form?
2. Wieviele gleiche Silbenzahl?
3. Wieviele alliterieren?
4. Wieviele konsonieren?
5. Wieviele Reaktionsworte wiederholen sich in der Reihe?

Ich erhielt hierfür folgende Zahlen (47 Versuchspersonen): 2 aufeinanderfolgende Reaktionen haben

| | | (Reizwort-Reaktion) |
|---|---|---|
| gleiche grammatik. Form ..... | 36,0 % | (42,8) |
| „ Silbenzahl ..... | 32,5 % | (43,0) |
| Konsonanz (Vokalsequenz)..... | 13,1 % | (17,8) |
| Alliteration ..... | 6,9 % | (10,9) |

Vergleichen wir diese Zahlen mit den danebengestellten entsprechenden Zahlen der Beziehung von Reizwort zu Reaktion, so sehen wir vor allem, daß hier alle Rubriken viel kleinere Zahlen aufweisen, daß also, wenn wir das Wort Beeinflussung überhaupt gebrauchen wollen, diese hier noch weniger ausgesprochen ist, als bei der Beziehung Reizwort-Reaktion. Wenn also bei der Beziehung von Reizwort zu Reaktion schon von einem Minimum von „Beeinflussung" gesprochen werden muß, so kann hier gar keine Rede mehr sein von Beeinflussung, denn die Zahlen der Übereinstimmung der Reaktionsworte unter sich liegen größtenteils beträchtlich unter den Zahlen des Wahrscheinlichkeitsexperimentes, die am Schluß des vorigen Kapitels aufgeführt und auch für diese Betrachtung gültig sind. Die Tatsache, daß unsere Zahlen größtenteils noch unter denen des Wahrscheinlichkeitsexperimentes liegen, scheint sogar dafür zu sprechen, daß nicht nur keine Tendenz zur Übereinstimmung der Reaktionsworte in formaler, rhythmischer und phonetischer Beziehung besteht, sondern geradezu eine Tendenz zum Kontrast. Die Annahme erscheint daher gestattet, daß in der normalen Sprache die mechanistischen Übereinstimmungstendenzen überkompensiert sind durch eine Tendenz zur Abwechslung. Diese Tendenz entspräche einem teleologisch wirkenden Faktor, die Sprache durch Abwechslung in formaler, rhythmischer und phonetischer Hinsicht deutlicher zu machen und zu differenzieren. *W. von Humboldt* hat

in seiner Abhandlung über die Sprache der Javaner[1]) sich schon in diesem Sinne ausgedrückt, daß nämlich in hochentwickelten Kultursprachen der Wechsel im Klang usw. nicht bloß aus einer Neigung, dem Wortklang gerecht zu werden, sich eingestellt habe, sondern daß durch die Verschiedenheiten dem Sprachverständnisse ein Dienst erwiesen sei. Dem entspricht auch unser Gefühl, und es ist allgemein bekannt, daß sich einerseits Wortreihen, die phonetisch oder rhythmisch gebunden sind, als etwas Gesuchtes und Auffallendes herausheben, und daß andererseits der Wechsel in den sprachlichen Phänomenen als das Gewohnte erscheint. So ist es auch nichts Ungewöhnliches, wenn im Assoziationsexperiment die Tendenz zur Abwechslung einen gewissen Widerstand gegen eine konsonierende, alliterierende und rhythmisierende Einstellung zur Folge hat.

Eine gewisse Sonderstellung gegenüber diesem Verhalten scheinen indes die phonetischen Sequenzen doch zu behaupten. Unter phonetischen Sequenzen, so weit sie hier in Betracht fallen, sind die in der Reaktionswortreihe vorkommenden Konsonanzen verstanden (im Gegensatz zur Konsonanz zwischen Reizwort und Reaktion). Die Alliteration zwischen zwei Reaktionen kommt selbstverständlich in dieser Beziehung auch in Betracht, wurde aber getrennt behandelt und wurde nur dort, wo sich entweder die Vokalsequenz in eine alliterierende Sequenz oder vice versa fortsetzt, rubriziert und mit ihrer Perseverationsweite aufgeführt. Unter diesem Begriff verstehe ich die Zahl, die angibt, auf wieviel Worte in der Reihe durchschnittlich die Sequenz sich erstreckt.

Beispiele:

| | Reizwort | Reaktion |
|---|---|---|
| 1. Vokalsequenz: ..... | still: | Land |
| | Spott: | Knabe |
| | schlafen: | Nacht |
| | Monat: | Januar |
| 2. Konsonantensequenz: ..... | krank: | schwer |
| | stolz: | schön |

[1]) Abhandlungen der Königlichen Akademie der Wissenschaften in Berlin 1836—1839.

| | | |
|---|---|---|
| 3. Gemischte Sequenz: ..... | schlafen: | Nacht |
| | Monat: | Tage |
| | farbig: | Teppich |
| | Hund: | treu |

Wir müssen uns nun zunächst mit folgender Frage beschäftigen: Sind die Vokalsequenzen der Reaktionswortreihe sozusagen „zufällig", d. h. treffen nur darum übereinstimmende Akzentvokale zusammen, weil bei der geringen Auswahl schließlich eine gewisse Anzahl zusammen treffen muß, oder ergeben sich Anhaltspunkte, die eher Vokalperseveration vermuten lassen? Zur Klärung dieser Frage wurden folgende Untersuchungen vorgenommen: 1. Wahrscheinlichkeitssversuch. 2. Abzählung von Stichproben aus der Schriftsprache. 3. Wahrscheinlichkeitsrechnung. 4. Bearbeitung des Assoziationsversuches.

1. Der Wahrscheinlichkeitsversuch wurde analog dem bei der Konsonanz zwischen Reizwort und Reaktion vorgenommen: Es wurden die Einzelvokale im Verhältnis der aus *Kaeding* gewonnenen sprachlichen Häufigkeit gemischt und aus einer Urne einzeln entnommen, hintereinander gelegt und die so entstandenen Sequenzen gleicher Vokale jeweils notiert. Der Versuch wurde 44 mal wiederholt und entsprach so der Anzahl von 44 Versuchspersonen.

2. Das Ergebnis für die Zahl der phonetischen Sequenzen in der Schriftsprache wurde aus Stichproben aus drei verschiedenen Literaturgebieten (zwei Zeitungsartikel, zwei Abschnitte aus *Wundts* Völkerpsychologie und ein Abschnitt aus einem Haushaltungsbuche) gewonnen, indem die dort gefundenen Akzentvokale der aufeinanderfolgenden Einzelworte registriert und prozentual berechnet wurden.

3. Die Wahrscheinlichkeitsrechnung[1]) liefert uns für die Mindestzahl der möglichen Sequenzen die Formel:

$$s_n = \lambda^n \ (1-\lambda)^2$$

wobei $\lambda$ die Zahl für das Mischungsverhältnis der Einzelvokale bedeutet.

[1]) Herr Dr. *Spiess*, Privatdozent der Mathematik in Basel, hat in liebenswürdiger Weise die Mühe auf sich genommen, die Formel $s_n = \lambda^n (1-\lambda)^2$ für die Berechnung der wahrscheinlichen Sequenzen zu ermitteln.

1. Das Wahrscheinlichkeitsexperiment ergibt 14,70 % Sequenzen.
2. Die Stichproben aus der Schriftsprache ... 7,80 % „
3. Die Wahrscheinlichkeitsrechnung..... 13,08 % „
4. Die Assoziationen ..... 13,10 % „

Wir sehen vor allem, daß die Schriftsprache die niedrigsten Werte für klangliche Sequenzen aufweist, womit meine Vermutung begründet zu sein scheint, wonach die normale Sprache, deren Sequenzenzahl unter der Wahrscheinlichkeit liegt, eine Tendenz zur Abwechslung besitzt. Die Wahrscheinlichkeitsrechnung, die Minimalwerte liefert, ergibt fast genau soviel Sequenzen wie das Assoziationsexperiment; das Wahrscheinlichkeitsexperiment ergibt aber noch mehr Sequenzen als das Assoziationsexperiment, woraus man wiederum schließen muß, daß die Vokalsequenzen des Assoziationsexperimentes nur ein „zufälliges" Übereinstimmen bedeuten können. Wenn wir auf die Häufigkeit der Sequenzen der einzelnen Vokale eingehen, so ergeben sich folgende Verhältnisse:

| | a | e | i | o | u | ei |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Wahrscheinlichkeitsexperiment ..... | 3,7 | 5,5 | 7,5 | 0,7 | 0,7 | 1,3 |
| „ rechnung..... | 2,66 | 3,2 | 3,78 | 0,74 | 0,9 | 0,74 |
| Proben aus der Schriftsprache ..... | 2,4 | 2,2 | 5,3 | 0,4 | 0,3 | 0,9 |
| Assoziationen (44 Versuchspers.) ..... | 7,0 | 3,7 | 2,8 | 0,6 | 1,1 | 0,8 |

In dieser Zusammenstellung fällt das überraschende Hervortreten der a-Sequenzen in den Assoziationen auf. Für dieses Hervortreten des a-Klanges in den phonetischen Sequenzen habe ich einstweilen eine befriedigende Erklärung nicht gefunden, es sei denn, daß sich das Frequenzverhältnis in der Umgangssprache doch auch noch anders verhält als z. B. das Literaturergebnis es zeigt. Es war mir daher sehr erwünscht, daß ich dieses Verhalten der Vokalität auch an 1900 Assoziationen norddeutscher Versuchspersonen — 10 Gebildete, 9 Ungebildete — (durch gütige Vermittlung von Herrn Prof. Dr. *Schultze* in Greifswald wurde mir das Material durch Herrn Dr. *Klieneberger* in Breslau in liebenswürdiger Weise zur Verfügung gestellt) untersuchen konnte.

Die hier herausgefundenen Zahlen ergeben Sequenzen im Mittel pro Versuchsperson

15,8% mit 2,3 P.-W. gegen
13,1% mit 2,3 P.-W. bei meinen Versuchspersonen

Die Zahlen für die Sequenzen der einzelnen Vokale sind:

| | a | e | i | o | u | ei |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Norddeutsche Versuchspersonen . | 4,4 | 5,5 | 3,1 | 0,8 | 0,6 | 0,47 |
| Schweizer Versuchspersonen .... | 7,0 | 3,7 | 2,8 | 0,6 | 1,1 | 0,8[1] |

Wir sehen bei den norddeutschen Versuchspersonen a hinter e zurücktreten, welches letztere seinerseits auch bevorzugt erscheint gegenüber dem Ergebnis aus dem Wahrscheinlichkeitsversuch (allerdings hier sehr wenig: 5,4), der Wahrscheinlichkeitsrechnung (3,2) und der Schriftsprache (2,4).

Es ist entschieden sehr schwierig, Schlüsse aus diesem Ergebnis zu ziehen. Ziemlich sicher erscheint das Vorwiegen der a-Sequenzen bei den schweizerischen Versuchspersonen, da sich dieses Resultat auf ein eher umfangreiches Material stützt. Unsicherer dagegen ist das Ergebnis der norddeutschen Versuchspersonen, da dieses Material zu wenig umfangreich ist. Immerhin kann gesagt werden, daß 19 beliebige Versuchspersonen aus meinem Material trotzdem auch ein Überwiegen der a-Sequenzen ergeben hätten. Das Faktum des Überwiegens der a-Sequenzen bei den norddeutschen Versuchspersonen ist vorderhand nicht diskutierbar. Es wäre aber trotzdem denkbar, daß lokale ethnologische Unterschiede existieren in der Bevorzugung gewisser Laute, auch innerhalb derselben Sprache, sofern sie durch lokale Dialekte stark variiert ist. Für stammverschiedene Sprachen ist dies ja unzweifelhaft der Fall. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß einzelne Vokale in gewissen Sprachen eine derartige Präponderanz erreichen, daß sich daraus eine Sequenzzahl ergibt, welche diejenigen der deutschen Sprache bedeutend überwiegt. In der Sprache der Naturvölker z. B. scheint das Bedürfnis, der Deutlichkeit zuliebe einen stärkern Wechsel im Klang eintreten zu lassen, nicht obzuwalten; kennen doch einige in der Hauptsache nur zwei bis drei Vokalklänge.

Führen wir an dieser Stelle zum Vergleich eine *Leo Reinisch* „Der Dschäbärti-Dialekt der Somalisprache" entnommene Sprachprobe an:

*Wápa la yidi. Nín-bā māg mǎnágsan qábay mālínbā nin kale ō ilmader yihín nágtiti n yimid o lá hasáwag, wúhū dám'ay ínū ka lá báha.*

*Nácti-ba kú tidi: „Ninkay-gu nin au nin kale kú dórsánaco má-ahà."*

*Wúhū kú yidi: „Ninkā-cu wā Ná'as."*

*Wáhay tidi: Waha ad ū gú fánaysa fáro.*

Auf diese 56 Worte mit 83 Silben fallen nicht weniger als 49 a-Silben und 22 i-Silben usw. und ca. 20% a-Sequenzen, trotzdem man leicht beobachten kann, daß durch passende Akzentuierung und Wechsel der wenigen Laute eine Tendenz zur klanglichen Differenzierung auch hier hervortritt. Vergleichen wir diese monotone, in der Hauptsache nur zwei Vokallaute enthaltende Sprache (o und u sind schwach vertreten, und die Umlaute: ä, ö, ü, eu, aeu und ei fehlen vollständig) eines verhältnismäßig gut entwickelten Naturvolkes mit unserer Muttersprache: Ein wie viel größerer Klangvorrat steht uns zu Gebote! Und um wie viel größer ist die Möglichkeit, klangliche Reihen zu meiden, ein Umstand, der, wie oben schon bemerkt, darauf hinweist, daß gebildete Völker (und vielleicht auch gebildete Einzelindividuen) der bedeutend größern Klangverschiedenheit zur besseren Verständlichung bedürfen.

In der Reaktionswortreihe lassen sich weiterhin als perseveratorische Phänomene die Wiederholungen der Reaktionsworte anführen. Die hier aufgefundene Zahl beträgt im Durchschnitt pro Versuchsperson 14,9 % Reaktionswortwiederholungen mit einem Wiederholungskoëffizienten von 1,46 pro Wort. Die höchste Zahl Wiederholungen bei meinen Versuchspersonen ist 42 bei einem ausgesprochenen Prädikattypus, die niedrigste 0. Wir können auch hier sagen, daß irgend eine Wiederholung zufälliger Natur sein kann, müssen aber ohne weiteres hinzufügen, daß eine Durchschnittszahl von 14,9 Wiederholungen unerwartet hoch erscheint und doch nach einer andern Begründung verlangt, als der einer reinen Zufälligkeit. Wenn die folgende Auseinandersetzung nicht gerade im Sinne einer solchen Begründung aufzufassen ist, so dürfte sie doch in etwelcher Hinsicht aufklärend sein: Wenn wir den in der Reaktionswortreihe wiederholten Worten die *Kaeding*schen Frequenzzahlen (die in dem Häufigkeitswörterbuch in Lieferung 1/2 bis 11/12 nachgeschlagen werden können) zuteilen und diese Worte nach eben dieser Frequenzzahl ordnen, so ergibt sich die Tatsache, daß die Worte, die nach *Kaeding* eine niedere Häufigkeitszahl aufweisen, die aber andererseits mehr

als 95% des Sprachschatzes ausmachen, in den Wiederholungen eine relativ geringe Rolle spielen. Mit dem Steigen der *Kaedingschen* Frequenzzahl hingegen steigert sich bei rasch abnehmendem Wortvorrat (2%—0,7% aller überhaupt vorkommenden Worte) die Zahl für die Wiederholungen, mit anderen Worten: Nach *Kaeding* häufig vorkommende Worte haben im Assoziationsexperiment der Erwartung entsprechend mehr Chancen zur Wiederholung als Worte niedriger Frequenzzahl. Bei dieser Untersuchung hat sich ein merkwürdiger Unterschied zwischen gebildeten und ungebildeten Versuchspersonen herausgestellt, indem die wiederholten Worte der Ungebildeten einen fast sechsmal größeren *Kaedingschen* Frequenzwert besitzen, als die der Gebildeten. Berechnen wir für die Wiederholungsworte aller Versuchspersonen das Mittel des *Kaeding*schen Frequenzwertes, so stellt sich für die herangezogenen 16 Versuchspersonen (8 Gebildete und 8 Ungebildete)

Das Mittel aller Wiederholungen auf:..... 3995 K.-Fr.
„ „ für Gebildete:..... 1076 „ „
„ „ „ Ungebildete: ..... 6189 „ „

## III. Der Einfluß der phonetischen Phänomene auf die Reaktionszeit.

Um festzustellen, ob nicht den einzelnen phonetischen Erscheinungen und ihrem Gesamtauftreten eine besondere Bedeutung im Assoziationsexperiment beizumessen ist, wurden bei 24 Versuchspersonen, bei denen die Reaktionen mit Zeitmessung aufgenommen worden waren (die hier figurierenden Zahlen bedeuten Fünftelsekunden) die Reaktionszeiten zu Vergleichszwecken berücksichtigt, und speziell wurde die „Konsonanz" zwischen Reizwort und Reaktion, die Konsonanz zwischen zwei und mehr aufeinanderfolgenden Reaktionen (d. i. „Sequenz" oder „Vokalsequenz"), sodann die zeitlichen Verhältnisse bei den Reaktionen überhaupt und speziell bei Reaktionswortwiederholungen im Vergleich zu den *Kaeding*schen Häufigkeitszahlen in Betracht gezogen.

In dem Teile meiner Arbeit, welcher über die Übereinstimmung zwischen Reizwort und Reaktion handelt, hat sich speziell für die

klangliche Übereinstimmung ein erhöhter Wert für ihr Vorkommen im Assoziationsexperiment gegenüber dem Literaturergebnis und der Wahrscheinlichkeit herausgestellt. Wie verhält es sich nun mit den Werten der Zeitmessung bei Konsonanz?

Die Reaktionszeiten bei „Konsonanz" zeigten bei meinen 24 Versuchspersonen gegenüber dem Gesamtdurchschnitt des wahrscheinlichen Mittels aller Assoziationen eine Minusdifferenz von 1,4 Fünftelsekunden und gegenüber dem des arithmetischen Mittels eine solche von 2,6 Fünftelsekunden, im ganzen also jedenfalls etwas erniedrigte Reaktionszeit, d. h. eine erleichterte Reaktion. Die Konsonanzen gehören unter den Gesamtbegriff der klanglichen Assoziationen, von denen *Jung* und *Riklin* beobachteten, daß sie häufiger bei Aufmerksamkeitsstörungen zustande kommen und dann als oberflächliche Assoziationen meist mit verkürzter Zeit auftreten. Die Alliteration zwischen Reizwort und Reaktion hat nach einem kleinern Beobachtungsmaterial eine ebenfalls gegenüber dem Gesamtdurchschnitt verkürzte Reaktionszeit aufzuweisen (0,8 Fünftelsekunden und 1,5 Fünftelsekuuden Minusdifferenz bei 1000 Assoziationen und 10 Versuchspersonen) und ist daher wahrscheinlich im gleichen Sinne, wie die „Konsonanz" als eine assoziative Erleichterung aufzufassen.

Die in den Reaktionsreihen vorkommenden Vokalsequenzen und die alliterierenden Sequenzen wurden getrennt untersucht.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit und Vergleichbarkeit wurde in eine solche konsonierende Vokalreihe oder in eine alliterierende Sequenz auch das Wort, welches einer solchen Reihe vorausgeht (mit a bezeichnet), und das Wort nach Aufhören der phonetischen Reihe (z) mit aufgenommen. Die einzelnen Glieder der Sequenzen bezeichne ich mit I, II, III usw.

Eine solche Reihe lautet also:

a I II III usw. . . . . z.

Die Zahl aller Sequenzen bei 24 Versuchspersonen war im Mittel 16,8 und erstreckte sich im Durchschnitt auf 2,38 Worte (Perseverationsweite). Bei der Vokalsequenz liegt das Wort vorher (a) mit

13,8 Fünftelsekunden [1]) über dem arithmetischen Mittel (allgemein), das für alle Versuchspersonen 12,5 Fünftelsekunden beträgt. Das erste Glied (I) hat im Mittel 13 Fünftelsekunden, das zweite (II) zeigt einen Abfall auf 12,8 Fünftelsekunden. Die Reaktionszeiten nehmen also mit dem Beginn der Sequenz ab, während die a-Reaktion nicht unbeträchtlich über dem allgemeinen Zeitmittel liegt. Das dritte und vierte (III und IV) Glied der Sequenz dagegen (eine größere Anzahl Glieder konnte bei der großen Seltenheit von längeren Serien nicht in Betracht gezogen werden) zeigen einen rapiden Aufstieg in ihren Zahlen. Das III. Glied hat ein Mittel von 14,5 Fünftelsekunden und das IV. Glied von 18,3 Fünftelsekunden. Das Wort nach der Sequenz (z-Reaktion) fällt in seinem Zeitwert auf 11,8 d. h. unter das Zeitmittel aller Assoziationen und auch unter alle übrigen Glieder der Reihe.

| a | I | II | III | IV | z | (24 Versuchspers.) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 13,8 | 13,0 | 12,8 | 14,5 | 18,3 | 11,8 | |

Diese zeitlichen Verhältnisse bei Vokalsequenzen konnte ich bei den erwähnten 19 norddeutschen Versuchspersonen nachprüfen, wo sich für die einzelnen Glieder folgende Zahlen ergaben:

| a | I | II | III | IV | z | (19 Versuchspers.) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 12,5 | 10,3 | 10,5 | 12,7 | 13,6 | 10,2 | |

also ein völlig analoges und prinzipiell ähnliches Verhalten. Können wir diesem auffälligen Verhalten der Reaktionszeiten eine bestimmte Deutung geben? Die a-Reaktion erfolgt mit langer, d. h. mit über dem arithmetischen Mittel liegender Zeit, trägt also den Stempel erschwerter Assoziation, darauf folgt dann die klangliche Einstellung, die in den beiden ersten Gliedern I und II mit niedrigeren Reaktionszeiten (bis unter das arithmetische Mittel), d. h. mit assoziativer Erleichterung einsetzt, sodann auffallenderweise stets noch bei „Perseveration" des Klanges im III. und IV. Gliede ein ausgesprochenes Ansteigen der Reaktionszeiten; mit dem Aufhören der klanglichen Einstellung bei der z-Reaktion ein Abfallen der Reaktionszeit unter

[1]) Diese Zahlen sind immer Durchschnittszahlen für alle Versuchspersonen, berechnet aus den arithmetischen Mitteln der jeweiligen konsonierenden oder alliterierenden Reihe.

das Niveau des arithmetischen Mittels. *Jung* konnte bei solchen Assoziationen, die einer Komplexreaktion folgten, öfter ein „treppenartiges" Abfallen der Reaktionszeiten beobachten. Ein ähnliches Abfallen der Reaktionszeiten sehen wir von der a-Reaktion bis und mit Glied II. Die Vermutung liegt daher nahe, daß das (paradoxe) Phänomen, daß mit der klanglichen Einstellung auf das vorangehende Reaktionswort zugleich Reaktionszeitverkürzung eintritt, auf das gleiche ursächliche Moment zurückzuführen ist, nämlich auf die Folgen eines gefühlsbetonten Komplexes. Wieso eine klangliche Einstellung auf das vorangehende Reaktionswort, von der doch eigentlich Erschwerung der Assoziation, id est Zeitverlängerung erwartet werden müßte, im I. und II. Gliede verkürzte Zeit, d. h. assoziative Erleichterung bedingen kann, ist schwer verständlich, zumal auffälligerweise das III. und IV. Sequenzenglied bei der gleichen klanglichen Einstellung ein rapides Anwachsen der Reaktionszeiten mit sich führt; dort also erst käme die durch die klangliche Einstellung auf die vorangehende Reaktion bewirkte und erwartete Erschwerung der Assoziation. Daß es sich nicht einfach um etwas Zufälliges handelt, dürfte durch die prinzipielle Übereinstimmung der beiden obigen Zahlenreihen dargetan sein. Nach dem anfänglichen Abfall der Zeiten scheint es sehr schwierig, eine Deutung zu finden, welche beiden Erscheinungen zugleich gerecht wird.

Wir legen uns am besten zuerst die Frage vor, wann und wo ist nach den bisherigen Beobachtungen klangliche Einstellung zu finden? Vor allem ist es bekannt und experimentell nachgewiesen, daß Aufmerksamkeitsstörung (*Stransky*, *Jung-Riklin* u. a.) klangliche Einstellung zur Folge haben kann; auch sind uns aus der Psychologie des Assoziationsexperimentes keine anderen Ursachen dafür bekannt. Es müßte also mit oder vor Glied I (am ehesten also mit der a-Reaktion) ein Grund zur Aufmerksamkeitsstörung gegeben sein. Es ist nach *Jung* sichergestellt, daß im normalen Assoziationsexperiment (ohne Ablenkung) kein Motiv zur Herabsetzung der Aufmerksamkeit wirksamer eingreift, als der gefühlsbetonte Komplex. *Jung* hat eine Reihe von „Komplexmerkmalen" aufgestellt, die das Auftreten des Komplexes im Experiment charakterisieren. Die hauptsächlichsten Komplexmerkmale sind folgende:

1. Zu lange Reaktionszeit.

2. Reaktion mit mehr als 1 Wort (die Instruktion verlangt nur das zunächst einfallende Wort).
3. Direkte Reizwortwiederholung.
4. Mißverstehen oder Nichtverstehen des Reizwortes.
5. Ausfall der Reaktion: „Fehler".
6. Versprechen.
7. Fremdsprachliche, auffallende oder seltene Reaktionen.
8. Lachen und auffällige Gebärden.
9. Ausrufe wie: „aha!", „jaso!"
10. Störung der Reproduktion.

Da nun das treppenförmige Absteigen der Reaktionszeiten, wie vorhin betont, ähnlich ist dem Absteigen der Reaktionszeiten nach einer Komplexreaktion, so dürfte es sich als lohnend erweisen, nachzuforschen, ob und in welcher Weise die Perseverationsreihe resp. die Einzelglieder derselben Komplexmerkmale aufweisen. Zu diesem Zwecke wurden die oben angeführten Komplexmerkmale bei 17 Versuchspersonen bei den einzelnen Reaktionen abgezählt, und es ergab sich, daß auf 1700 Worte 628 Komplexzeichen fielen. Auf ein Wort der Gesamtreihe überhaupt fielen 0,36 Komplexzeichen, auf ein Wort der klanglichen Sequenz (inklusive a- und z-Reaktion) fielen 0,65 Komplexmerkmale, auf das Glied I, welches die Klangserie beginnt, 0,91 Komplexmerkmale, auf das vorhergehende Wort 0,58 usw. (siehe folgende Aufstellung):

| b | a | I | II | III | IV | z |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,1 | 0,58 | 0,91 | 0,68 | 0,1 | 0,05 | 0,42 |

Das erste Glied der Vokalsequenz ist also gewissermaßen im Vergleich zu allen übrigen Gliedern der Reihe und besonders auch zu allen Worten der Gesamtreaktionswortreihe mit Komplexmerkmalen überladen[1]). Aus diesem Verhalten ergibt sich der Schluß, daß phonetische Sequenzen in der Regel an

[1]) Wenn man dabei berücksichtigt, daß Glied I und II eine große Anzahl rein zufälliger Sequenzen (die aus Wahrscheinlichkeitsgründen vorkommen) enthält, so ist die hohe Zahl (0,91) für Komplexzeichen im I. Glied noch bemerkenswerter, d. h. wenn man die zufälligen Sequenzen abzöge, so entfiele auf jede der übrig bleibenden Assoziationen jedenfalls mehr als ein Komplexmerkmal.

Reaktionen anknüpfen, die durch eine mehr oder weniger große Anhäufung von Komplexmerkmalen ausgezeichnet sind, d. h. also an Stellen, wo die Konstellation eines gefühlsbetonten Komplexes eingegriffen hat. Dieser letztere Schluß ist allerdings nur für den gültig, der den Komplexmerkmalen die von *Jung* nachgewiesene Redeutung beimißt. Es ist dementsprechend anzunehmen, daß in der a-Reaktion oder in Glied I ein Komplex auftritt, der ein treppenförmiges Abfallen der Reaktionszeiten mit sich bringt. Für die anfänglich niedrigeren Reaktionszeiten wüßte ich vorläufig keine andere Deutung, als daß die Komplexnachwirkung anfänglich eine „Bewußtseinsleere" zur Folge hat, in der mehr akustisch-motorisch und daher erleichtert reagiert werden kann, und erst, wenn diese „Leere" zum Schwinden kommt, bedeutet dann die perseverierende klangliche Einstellung eine Erschwerung der Assoziation, wie sie von mir für die phonetische Sequenz überhaupt erwartet wurde. Für die Erklärung des Ansteigens der Zeiten im III. Gliede ist aber auch folgendes zu berücksichtigen: Aus den Zahlen der Perseverationsweite, die 2,5 durchschnittlich nicht übersteigen, ist ersichtlich, daß eine phonetische Sequenz nur relativ selten sich auf 3 und mehr Assoziationen erstreckt. Entsprechend dem oben nachgewiesenen Zusammenhang der phonetischen Sequenz mit Komplexen ist zu erwarten, daß längere Sequenzen sich vorzugsweise nur an sehr starke Komplexstörungen anschließen, weshalb hier die Reaktionszeiten bedeutend länger ausfallen. Da einerseits die Zahlen von Glied III und IV hauptsächlich aus solchen Reihen stammen dürften, und andererseits in Glied I und II auch sicher zahlreiche Sequenzen vorkommen, die rein aus Gründen sprachlicher Frequenz zusammenfallen, so ist unschwer einzusehen, daß Glied I und II relativ kleine Zahlen, Glied III und IV relativ große Zahlen aufweisen müssen. Diese Annahme wird unterstützt durch die bemerkenswerte Tatsache, daß von 22 Versuchspersonen nur 14 Versuchspersonen überhaupt Sequenzenreihen von 3,4 und mehr Gliedern haben. Das Zeitmittel dieser 14 Versuchspersonen liegt um 2,6 Fünftelsekunden über dem Zeitmittel der übrigen 8 Versuchspersonen. Die längeren Sequenzreihen kommen also vor bei Versuchspersonen, die im ganzen längere Reaktionszeiten haben. Starke Verlängerungen der Reaktionszeit sind bekanntlich charakteristisch für allgemeine und spezielle Komplexerregung. Wir be-

gegnen demnach hier einem Phänomen, das ähnlich ist jenem von *Jung* angedeuteten Verhalten der Störungen im Reproduktionsexperiment, die mit der Verlängerung des individuellen Zeitmittels zunehmen[1]). Dieser Überlegung entspricht die Tatsache, daß die Perseverationsweite der obigen 14 Versuchspersonen mit verlängertem Zeitmittel 2,52, dagegen diejenige der übrigen Versuchspersonen mit dem kürzern Zeitmittel nur 2,29 beträgt. Wenn man ohne Rücksicht auf das Vorkommen von 3- und mehrgliedrigen Sequenzen die Versuchspersonen in 2 Gruppen trennt, in eine, deren individuelle wahrscheinliche Zeitmittel über dem wahrscheinlichen Zeitmittel aller Versuchspersonen und in eine, deren individuelle Zeitmittel darunter liegen, so ergibt sich, wieder in Übereinstimmung mit dem oben Gesagten, für die erstere Gruppe eine Perseverationsweite von 2,47. für die letztere eine solche von 2,32.

Die alliterierenden Sequenzen scheinen im Experiment eine andere Bedeutung zu haben. Die a-Reaktion der alliterierenden Reihe liegt mit 10,3 bedeutend unter dem arithmetischen Mittel, die Zahlen steigen nur unbedeutend bis zum III. Gliede und bleiben unter dem arithmetischen Mittel. Die z-Reaktion liegt dagegen ziemlich über dem Mittel (siehe folgende Zahlen):

| a | I | II | III | z. | 30 Versuchspersonen |
|---|---|---|---|---|---|
| 10,3 | 11,2 | 12 | 10,8 | 13,5 | A.-M 12,2 |

Es ist bei den alliterierenden Sequenzen anzuführen, daß diese Sequenzen bedeutend weniger vorkommen, als Vokalsequenzen, und sodann, daß ihre Perseverationsweite kleiner ist, als bei jenen.

Die Verhältniszahlen sind:

| Zahl der Sequenzen: | | | Perseverationsweite: | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Vokalsequenz | | allit. Sequenz | Vokalsequenz | | allit. Sequenz |
| 13,1 | : | 4,3 | 2,38 | : | 2,12 |

Da viel mehr verschiedene Konsonanten im Anlaut vorkommen, als verschiedene Akzentvokale, so ist die Abwechslungsmöglichkeit der Konsonanten natürlich viel größer, dementsprechend ihre Sequenzenzahl kleiner. Ich führe hier Konsonanten und Vokale in be-

[1]) *Jung*, Über die Reproduktionsstörungen beim Assoziationsexperiment. IX. Beitrag der Diagnost. Assoc.-Studien.

stimmter Anordnung an, um zugleich einen Überblick zu gewähren, wie und wie weit ich Konsonanz und Alliteration aufgefaßt habe:

| Vokale: | Konsonanten: | |
|---|---|---|
| 1. a (au). | 1. b, p. | 8. m |
| 2. e, ä, ö. | 2. c=z, z. | 9. n |
| 3. i, ü. | 3. c=k, k, g, q. | 10. r. |
| 4. o | 4. d, t. | 11. s |
| 5. u | 5. f, pf, ph, v | 12. sch, sp, st. |
| | 6. h | 13. w, (v). |
| | 7. l | |

Das Verhältnis der Vokale zu den Konsonanten ist 5 : 13.

## IV. Der Einfluß der sprachlichen Frequenz auf die Assoziation.

Es leuchtet ohne weiteres ein, daß die sprachliche Frequenz einen nicht unbedeutenden Einfluß auf die Assoziation haben muß. Man könnte leicht erwarten, daß gewisse Arten in der Sprache häufiger Worte auch häufig im Assoziationsexperiment vorkommen, oder daß die Häufigkeit eines Wortes nicht ohne Einfluß auf seine Reaktionszeit ist. Ich stellte mir darum die Aufgabe, einzelne Erscheinungen im Assoziationsexperiment an Hand der *Kaeding*schen Worthäufigkeitszahlen zu untersuchen.

Zuerst wurden 600 Assoziationen Normaler bezüglich ihrer Stellung in der *Kaeding*schen Statistik der Reihe nach mit den ihnen nach *Kaeding* zukommenden Zahlen versehen[1]). So rangierten von den Reaktionsworten:

[1]) Die *Kaeding*sche Frequenzziffer ist natürlich nur von relativem Wert. Selbstverständlich ist sie ganz abhängig von dem durch *Kaeding* und seine Mitarbeiter verwendeten Material, das zwar von großer Mannigfaltigkeit, aber doch begreiflicherweise nicht so reich ist, daß es alle Lebensgebiete umfaßte. So kann man z. B. Millionen von Wörtern in Tausenden von deutschen Sprachdenkmälern statistisch bearbeiten, ohne dabei ein einziges Mal dem Worte „Mark" zu begegnen, das in der Umgangssprache doch eine überaus große Frequenz hat. Immerhin gibt uns *Kaedings* Werk doch wenigstens sehr wertvolle relative Zahlen.

| Frequenz: | Worte der deutschen Sprache: | Reaktionsworte in %: | Reziprok. Wert: |
|---|---|---|---|
| 1— 50 | 94,50 | 13,2 | 94,50 : 13,2 = 0,13 |
| 50— 100 | 2,12 | 13,8 | 2,12 : 13,8 = 6,4 |
| 100— 200 | 1,39 | 9,0 | 1,39 : 9,0 = 6,4 |
| 200— 500 | 1,08 | 30,2 | 1,08 : 30,2 = 27,9 |
| 500—1000 | 0,42 | 10,4 | 0,42 : 10,4 = 24,7 |
| 1000—2000 | 0,21 | 13,8 | 0,21 : 13,8 = 65,7 |
| 2000—3000 | 0,07 | 6,0 | 0,07 : 6,0 = 85,7 |
| über 3000 | 0,17 | 3,3 | 0,17 : 3,3 = 19,7 |

Wegen der verhältnismäßigen Seltenheit von Worten mit hoher Frequenzziffer liegt das Mittel aller Assoziationen etwa bei 250 *Kaeding*scher Häufigkeit.

Wie die reziproken Werte aber zeigen, hat die sprachliche Frequenz einen gewaltigen Einfluß auf die Auswahl der Assoziationen, indem ganz entgegen der wirklichen Sprachzusammensetzung die frequenten Wörter im Assoziationsexperiment sich stark hervordrängen. Die Abnahme des reziproken Wertes bei der Häufigkeit über 3000 erklärt sich daraus, daß diese Häufigkeit nur verhältnismäßig wenig Worten zukommt, die zudem noch (da es sich um Adverbia, Pronomina u. dergl. handelt) für das Assoziationsexperiment nicht in Betracht kommen.

Es war mir nun wissenswert zu erfahren, wie sich die Reaktionszeiten zu diesen verschiedenen Häufigkeitszahlen verhalten.

| Frequenzziffer nach *Kaeding* | Reaktionszeit |
|---|---|
| 1— 100 | 14,0 Fünftelsekunden |
| 100— 300 | 14,0 „ |
| 300— 600 | 16,3 „ |
| 600—1000 | 13,6 „ |
| 1000—2000 | 10,4 „ |
| 2000—3000 | 14,2 „ |
| über 3000 | 14,2 „ |

Aus dieser Tabelle ergibt sich zwar eine gewisse Verkürzung der Reaktionszeit mit steigender Frequenz des Reaktionswortes. Die Zahlen sind aber unregelmäßig und bei einer Frequenz über 3000,

[1]) Nach *Kaeding*.

wo man eigentlich die kürzeste Reaktionszeit erwarten sollte, haben wir wieder eine Verlängerung derselben. Ein etwas deutlicheres Resultat ergibt folgende Betrachtung:

Die Hälfte der Reaktionswörter haben etwa eine Frequenz zwischen 1 und 300. Die durchschnittliche Reaktionszeit dieser Hälfte beträgt 1,7 Fünftelsekunden mehr, als die der anderen Hälfte mit den höhern Frequenzen. Allerdings beträchtlich ist dieser Unterschied auch nicht. Man darf daraus schließen, daß jedenfalls der Frequenz eines Reaktionswortes keine allzu große Bedeutung hinsichtlich der Beeinflussung der Reaktionszeit zukommt, daß mithin andere Faktoren eine bedeutend größere Rolle bei der Bestimmung der Reaktionszeit spielen. Da es von vornherein nicht unwahrscheinlich sein dürfte, daß auch der Häufigkeitswert des Reizwortes nicht ohne Einfluß ist auf die Reaktionszeit, wurde auch für die Reizwortserie (für jedes einzelne Reizwort) der *Kaeding*sche Frequenzwert festgestellt, die Worte nach ihrer Häufigkeit rubriziert und für die Rubrik das arithmetische und wahrscheinliche Zeitmittel berechnet. Die folgenden Zahlen veranschaulichen das Ergebnis:

| Frequenzzahl nach *Kaeding*: | Prozentsatz der vorkomm. Reizworte | A. M. | W. M. |
|---|---|---|---|
| 1— 100 | 22 | 13,3 F. S. | 13,0 F. S. |
| 100— 300 | 23 | 10,2 | 10,0 |
| 300— 500 | 14 | 9,4 | 8,0 |
| 500—1000 | 14 | 11,0 | 9,0 |
| 1000—1500 | 7 | 12,0 | 10,0 |
| 1500—2000 | 8 | 9,8 | 9,0 |
| 2000—2500 | 5 | 10,8 | 9,0 |
| 2500—3000 | 1 | 12,0 | 9,0 |
| über 3000 | 6 | 9,1 | 9,0 |

Die so gewonnenen arithmetischen und wahrscheinlichen Mittel der Reaktionszeiten zeigen im Hinblick auf die Frequenzwerte der Reizworte ein nicht viel deutlicheres Verhalten. Die Worte mit einer Frequenz von 1—300 haben ein W.-M., welches 1,5 Fünftelsekunden über dem W.-M. aller übrigen Rubriken mit höherm Frequenzenwert liegt, wobei zu bemerken ist, daß die Reizworte von einer Häufigkeit 1—300 = 45 % der Reizwortreihe ausmachen. Aus diesem Er-

gebnis lassen sich keine weitgehenden Schlüsse ziehen. Man kann höchstens sagen, daß die Frequenz des Reizwortes (ähnlich wie auch die des Reaktionswortes) nur einen recht unbedeutenden Einfluß auf die Reaktionszeit hat, womit die stets wiederholte Behauptung, daß die sprachliche Frequenz den größten Einfluß auf die Reaktionszeit habe, dahinfällt, jedenfalls haben sich aus diesen Untersuchungen keinerlei verwertbare Stützen für diese Behauptung ergeben. Das Frequenzgesetz wirkt demnach bloß auf die Auswahl der Reaktionsworte ein, nicht aber in irgendwie nennenswerter Weise auf die Reaktionszeit, deren Schwankungen offenbar durch ganz andere psychische Größen bedingt werden als durch die sprachliche Frequenz. *Jung* glaubt mit Recht in den Gefühlstönen die Schwankungsursachen zu finden.

Nachdem wir wissen, daß die sprachliche Frequenz einen entschiedenen Einfluß auf die Auswahl der Reaktionsworte hat, lohnt es sich, die Frage aufzuwerfen, wie sich in dieser Beziehung diejenigen Reaktionsworte verhalten, die dadurch ihre besondere Reproduktionstendenz verraten, daß sie sich mehrmals in einer Versuchsserie wiederholen. Wir untersuchen ihr Verhalten

a) bezüglich ihrer Reaktionszeit,

b) bezüglich ihrer sprachlichen Frequenz.

In 1500 Assoziationen (15 Versuchspersonen) wiederholten sich 173 Worte, d. h. 11,5% mit einem „Wiederholungskoeffizienten" von je 1,74[1]). Die 15 Versuchspersonen haben ein A.-M. ihrer Reaktionszeit von 9,9 Fünftelsekunden. Das Reaktionswort, welches später wiederholt wird, zeigt bei seinem ersten Vorkommen ein A.-M. von 10,3 Fünftelsekunden bei allen Versuchspersonen, also über dem allgemeinen A.-M. der Reaktionszeit gelegen.

Die erste Wiederholung liegt mit 9,6 Fünftelsekunden unter diesem A.-M. und auch dem des ersten Vorkommens. Die weiteren Wiederholungen steigen dagegen eigentümlicherweise in ihren Reaktionszeiten progressiv:

---

[1]) Der „Wiederholungskoeffizient" gibt die durchschnittliche Anzahl der Wiederholungen für jedes wiederholte Reaktionswort an.

| | | | |
|---|---|---|---|
| erste Wiederholung: | | 9,6 | Fünftelsekunden |
| zweite | „ | 10,4 | „ |
| dritte | „ | 14,25 | „ |
| vierte | „ | 17,8 | „ |

Von der vierten Wiederholung an treffen weitere Wiederholungen zu unregelmäßig ein, um sie mit dem A.-M. aller Versuchspersonen vergleichen zu können. Das Frequenzmittel der wiederholten Worte liegt entsprechend der *Kaeding*schen Statistik bei 885, es kommen also im Durchschnitt nur sehr häufige Worte (deren Vorrat gegen den Gesamtwortschatz bloß 0,74% ausmacht) zur Wiederholung. Vergleicht man die Frequenz der Wiederholungsworte mit dem jeweiligen arithmetischen Mittel ihrer Reaktionszeit, so ergibt sich folgendes Bild:

| Frequenz: | 1—50 | —100 | —200 | —500 | —1000 | —2000 | —3000 | über 3000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| (A.-M. aller Assoz: 9,9) | | | | | | | | |
| Arithm. Zeitmittel: | 9,1 | 6,7 | 8,3 | 9,2 | 8,7 | 10,8 | 12,5 | 11,3 |

Es haben also sonderbarerweise die Worte von hoher Frequenz die längsten Reaktionszeiten, wenn sie in der Reaktionswortreihe zur Wiederholung kommen.

## Zusammenfassung:

I. Die Untersuchung des phonetischen, rhythmischen und formalen Einflusses der Reizwortreihe auf die Reaktionswortreihe ergab folgendes:

a) Es findet quantitativ keine phonetische Annäherung des Reaktionswortes an das Reizwort statt. Im Gegenteil ergibt der Zufall des Wahrscheinlichkeitsexperimentes höhere Zahlen für Konsonanz als das Assoziationsexperiment.

b) Reizwortreihen, deren Glieder nur bestimmte Vokale enthalten, ergeben kein Anzeichen eines phonetischen Einflusses auf die Reaktionswortreihe.

c) Die Zahlen für Alliteration bewegen sich ebenfalls im Rahmen des wahrscheinlichen Zufalles.

d) Die Zahlen für Übereinstimmung in Silbenzahl und grammatikalischer Form stehen über den Ergebnissen des Wahrscheinlichkeitsexperimentes.

II. Die Untersuchung der Beeinflussung des Reaktionswotres durch die vorausgehende Reaktion ergab folgendes:

a) Die Zahlenwerte für die verschiedenen Beziehungen der Reaktionsworte unter sich sind allgemein niederer als diejenigen für die Beziehungen zwischen Reizwort und Reaktion.

b) Die Zahl der Vokalsequenzen überschreitet nicht den durch Wahrscheinlichkeitsrechnung berechneten Minimalwert. Die Vokalsequenzen der Schriftsprache liegen noch unter diesem Minimalwert, woraus zu schließen ist, daß die Sprache eine deutliche Tendenz zur Klangabwechslung besitzt. — Die Statistik berechtigt daher nicht, von „klanglicher Perseveration" beim Assoziationsexperiment zu sprechen.

c) Bei den schweizerischen Versuchspersonen überwiegen entgegen der Wahrscheinlichkeit die a-Sequenzen, bei den norddeutschen Versuchspersonen die e-Sequenzen.

d) Wiederholungen (d. h. Reaktionsworte mit einer ausgesprochenen Reproduktionstendenz) sind in der Regel Worte von hoher sprachlicher Frequenz nach *Kaeding*, und zwar ist die sprachliche Frequenz der Wiederholungen bei Ungebildeten 6mal größer als diejenige der Wiederholungen bei Gebildeten.

III. Der Einfluß der phonetischen Phänomene auf die Reaktionszeit.

a) Konsonierende Assoziationen haben durchschnittlich etwas unter dem allgemeinen Mittel liegende Reaktionszeiten. Alliterierende Assoziationen haben ebenfalls etwas verkürzte Reaktionszeit.

b) Phonetische Sequenzen haben eine durchschnittliche Perseverationsweite von 2,38 Reaktionen.

c) Die Assoziation, welche der phonetischen Sequenz unmittelbar vorangeht (a-Reaktion), hat die längste Reaktionszeit, im I. und II. Gliede der Sequenz nimmt die Zeit allmählich ab, um im III., IV. usw. Gliede wieder anzusteigen.

d) Die Tatsache des Anstieges der Reaktionszeit im III. und IV. Gliede einer phonetischen Reihe beruht vielleicht darauf, daß längere Reihen hauptsächlich bei Versuchspersonen vorkommen,

die sowieso schon durchschnittlich ziemlich lange Reaktionszeiten haben.

c) Auf die a-Reaktion fallen nicht ganz doppelt soviel Komplexmerkmale, auf das I. Glied der phonetischen Reihe nicht ganz 3mal soviel Komplexmerkmale als auf jede andere Assoziation des Gesamtmateriales.

f) Es ist daher anzunehmen, daß phonetische Reihen namentlich von komplexkonstellierten Assoziationen ausgehen. Insofern kann also doch von einer „phonetischen Perseveration" gesprochen werden, obschon ihre Gesamtanzahl nicht über den wahrscheinlichen Zufall hinausgeht.

## IV. Der Einfluß der sprachlichen Frequenz auf die Assoziation.

a) Die Wörter von hoher Frequenzziffer drängen sich im Assoziationsexperiment gewaltig hervor.

b) Die sprachliche Frequenz hat keinen deutlichen Einfluß auf die Reaktionszeit, ebenso kommt auch der sprachlichen Frequenz des Reizwortes kein bedeutender Einfluß auf die Reaktionszeit zu.

c) Die Wiederholungen haben entgegen der Erwartung keine abnehmenden, sondern zunehmende Reaktionszeiten.

d) Wiederholungsworte von hoher sprachlicher Frequenz haben entgegen der Erwartung längere Reaktionszeiten als solche von geringer Frequenz.

# Zur Pathologie der Größenideen.[1])

Von

Privatdozent Dr. **Max Kauffmann.**

Die Erklärung des Größenwahns, wie er besonders bei der progressiven Paralyse sich äußert, ist von den Autoren in verschiedenartiger Weise versucht worden. Man hat zum Teil eine Überernährung des Gehirns dafür verantwortlich gemacht, ferner die chronische Meningitis, die sich ja bei der progressiven Paralyse häufig findet; es soll die Entzündung einen gewissen Reiz auf die Ganglienzellen ausüben.

Man hat weiterhin davon gesprochen, daß die Größenideen durch Ausfallerscheinungen zu erklären seien: es ist der Mangel an Kritik, die Umgestaltung früherer Erlebnisse infolge von Lückenhaftigkeit der Erinnerung (*Kräpelin*).

*Meynert* nimmt an, daß ebenso wie bei der Manie der Größenwahn aus der Euphorie hervorgehe, und zwar infolge von Hyperämie, der Hirnrinde. Wenn diese Euphorie bei manchen Kranken nicht deutlich war, so glaubt derselbe Autor, daß man solche Krankheitssymptome nur vernachlässige.

*Schüle* hält hypochondrische Sensationen häufig für vorliegend, als deren Ausfluß dann der Größenwahn entstehe, denn es stehe dem expansiven ein depressiver gegenüber.

*Mendel* erwähnt weiterhin Fälle, in denen mit den Größenideen gleichzeitig hypochondrische Ideen aufgetreten seien, und daß beim Umschlag der Stimmung, wenn der Kranke weinerlich wird, dieser sich dann wundere, wie er zu all dem Unsinn (Größenwahn) gekommen sei.

---

[1]) Aus der Universitäts-Nervenklinik zu Halle a. S. (Direktor: Geh.-Rat Prof. Dr. *Anton*).

Man neigt wohl allgemein der Ansicht zu, daß die Demenz bei der progressiven Paralyse den phantastischen, ungeheuerlichen Größenwahn bedinge, „man spricht auch direkt von dementen Größenideen". Weil letztere so sinnlos, unwahrscheinlich sind, beispielsweise, wenn einer davon spricht, daß er 1000 Milliarden habe, und daß er Gott und Obergott sei, daß sein Urin Rheinwein und sein Kot Gold sei —, deshalb ist man leicht geneigt, die Verblödung als wesentlich für die Produktion eines solchen phantastischen Größenwahnes verantwortlich zu machen.

*Krafft-Ebing* meint, daß die schwierigste psychische Leistung im sozialen Leben wohl die richtige Beurteilung und Abschätzung der Beziehungen der so mannigfachen Verhältnisse zueinander sei, und daß die Abgrenzung des eigenen Ichs bei der progressiven Paralyse eben am ehesten Not leide.

## Ist die Demenz für die Größenideen verantwortlich zu machen?

Wenn man Ausfallsymptome als ursächlich bedeutend für den Größenwahn ansieht, so muß man sich nach anderen Krankheiten umsehen, wo ebenfalls derartige Ausfallsymptome vorkommen. Hier haben wir eine ganze Reihe von Erkrankungen: Nehmen wir erst den angeborenen Schwachsinn an, ferner die Verblödung der Hebephrenen, die sogenannte „Dementia praecox", dann wieder die senile Demenz. Es gibt ferner genug akute Psychosen, wo eine Pseudodemenz besteht. Nehmen wir z. B. die senile Demenz, wo also alles das zutreffen würde, was nach *Kraepelin* mit verantwortlich für die Größenideen sein müßte: der Mangel der Kritik, ein lückenhaftes Gedächtnis und auch eine gewisse Euphorie: man wird bei verblödeten Greisen wohl zeitweise ein etwas gehobenes Selbstgefühl und besonders eine etwas renommistische Konfabulation antreffen, eine Sucht, aufzuschneiden, aber niemals die ganz phantastischen Größenideen der Paralytiker.

Bei einer anderen Erkrankung des Greisenalters, der Presbyophrenie, kann man nicht von Demenz sprechen. *Wernicke* (Lehrbuch S. 299) weist darauf hin, daß zwei seiner Kranken den Verdacht einer etwa vorhandenen Demenz durch den Gesichtsausdruck, die Gesten und die mündlichen Äußerungen sofort entkräften mußten, dagegen

zeigte gerade einer der Fälle eine gewisse Euphorie und auch eine leichte Überhebung: die 78jährige Frau hielt sich für ein junges Mädchen und zeigte auch Anwandlungen von Verschämtheit.

Es gibt ferner viele Idioten und Imbezille ohne jeden Größenwahn, und doch haben alle diese Kranken genug Ausfallerscheinungen, einen deutlichen Mangel an Kritik.

*Wernicke* hat das Krankheitsbild geschaffen: die expansive Autopsychose auf Grund autochthoner Ideen. Letztere sind Anlaß zu Erklärungs-Wahnideen, es sind sozusagen fremde Gedanken, die „als lästige Eindringlinge" empfunden werden, sie stehen den Zwangsvorstellungen nahe. „Es werden fast immer diese Gedanken bezeichnet als „gemacht", „eingejagt", „eingegeben", wohl auch „abgezogen".

Der von *Wernicke* (Lehrbuch S. 324) beschriebene Fall rühmte sich, daß er nie so gesund und so kräftig gewesen sei wie jetzt. Zeitweise zeigte sich ängstliches, hastiges Wesen, sichtliches Unbehagen, Zyanose, dann aber wieder Besserung. Bei einem zweiten Fall waren auch wieder auffallend vasomotorische Störungen: Herzklopfen, kongestioniertes Gesicht, dann wieder Zyanose der Extremitäten, vermehrte Schweißsekretion und gesteigerte Pulsfrequenz. Erst bestand eine Zeitlang ein Angstgefühl in der Herzgegend, dann kam ein anderes Gefühl, ein Glücksgefühl, als ob der heilige Geist in ihm wäre, und zwar in derselben Stelle lokalisiert, wo früher das Angstgefühl bestand. Zugleich kommen die „fremdartigen Gedanken" an, der Kranke merkte, daß er ein anderer geworden war, wie er vermutete, vom heiligen Geist erleuchtet. Ein zweiter Anfall von Größenideen wurde ebenfalls durch Angst, die im Herzen lokalisiert war, wieder eingeleitet. Zur Zeit der größten expansiven Erregung bestand wieder das lokalisierte Glücksgefühl. *Wernicke* nennt die Krankheit eine selbständige Form von Autopsychosen, gekennzeichnet durch das akute Auftreten autochthoner Ideen unter auffälliger Teilnahme des vasomotorischen Nervensystems, durch den Verlauf in kurzen Schüben, die einander rasch folgen, durch den überraschend günstigen Ausgang innerhalb mehrerer Monate.

Die Hebephrenen, besonders die Motilitätspsychosen, vergleichen sich in der Akinese mit dem Leiden Christi oder mit dem Leiden irgendwelcher Märtyrer am nächsten, und am häufigsten knüpft sich daran die Größenvorstellung des Erlösertums oder des Prophetenberufs.

*Wernicke* selbst spricht sich dahin aus, daß es auch Fälle von phantastischem Größenwahn akuter Entstehung ohne Manie gebe, die ebenfalls zunächst frei von irgendwelchen Defektsymptomen oder von Symptomen einer Beteiligung des Projektionssystems sein können und dennoch später sich als paralytisch erweisen, eine von den meisten Fachgenossen wohl schon anerkannte sogen. paranoische Form der progressiven Paralyse.

Man findet ferner zahlreiche tief verblödete Hebephrenen, die keine Größenideen haben. Bei den motorisch erregten Kranken wird man häufig auf Größenideen stoßen. Die Kranken geben selbst an, die Bewegungen werden ihnen so leicht, es sei ihnen so leicht ums Herz. Dann entwickelt solch ein Kranker die abenteuerlichsten Größenideen, wie: er sei ungeheuer stark, ein Athlet, der Sohn des Kaisers, er werde noch sehr reich werden, werde Millionen verdienen usw. Solche Kranken haben ein ausgesprochen körperliches Wohlbefinden, sie haben sehr viel Sensationen, sie fühlen sich kräftig, drohen, alle Wärter hinzuwerfen, und wenn es ihrer sechs wären usw. Ich erinnere mich eines Hebephrenen, der ein eigentümliches motorisches Lachen hatte, es artete in ein förmliches Brüllen aus, er behauptete, er sei Trompeter, er sei Stabstrompeter, sei Trompeter des Kaisers, und endlich, er sei der Sohn des Kaisers. Es ist einleuchtend, daß hier die Hyperkinese das Primäre ist.

Fassen wir das Bisherige zusammen, so sehen wir erstens, daß die Demenz nicht zu Größenideen führen muß, und daß es ferner viele Krankheiten mit Größenwahn gibt, wo keine Demenz besteht.

### Die Bedeutung der Organgefühle.

Wie besonders bei den autochthonen Ideen besprochen wurde, sind Sensationen mit Größenideen verbunden, und vielleicht ist überhaupt die Euphorie *Meynerts* die wesentliche Vorbedingung für die Größenideen. Bevor wir indessen von der Euphorie der Geisteskranken sprechen, halte ich es für zweckmäßig, wenn man die Bedeutung der körperlichen Sensationen im Gebiet der inneren Medizin und in der normalen Psychologie eingehender würdigt.

Es ist allgemein bekannt, daß der Schwindsüchtige eine krankhafte Hoffnungsfreudigkeit hat, daß er, trotzdem er jeden Tag körperlich hinfälliger wird, doch fest auf Besserung hofft, Reisen machen

will, sich verlobt usw. Wir haben hier schon eine geistige Anomalie vor uns. Man könnte annehmen, daß die Überschwemmung des Körpers mit den durch die Tuberkelbazillen erzeugten Toxinen auch auf das Gehirn in einer eigentümlichen Weise wirkt, so daß hierdurch die krankhafte Euphorie erzeugt wird.

Bei einer isolierten tuberkulösen Peritonitis finden wir aber die bekannte Facies abdominalis und bei weitem nicht die Euphorie der Lungenphthise; es kann also nicht bloß die Infektion an und für sich sein, sondern es scheint die Erkrankung gerade der Lunge mit eine Rolle zu spielen, denn bei der Pneumonie sehen wir auch häufig noch stärkere Benommenheit, Euphorie, und nicht etwa den schweren Verfall, wie bei der eitrigen Peritonitis. Man kann daran denken, daß die bei Funktionsstörungen größerer Lungenpartien eintretende Überladung des Blutes mit Kohlensäure die sogen. Kohlensäure-Euphorie erzeugt, die wir ja bei ängstlichen Herzkranken oft so sehr herbeisehnen. Letztere Krankheit ist ja im allgemeinen keine infektiöse, sondern es bestehen mehr mechanische Fehler, seien dies nun insuffiziente Klappen, oder sei es eine Degeneration des Herzmuskels. Die Herzkranken sind alle ängstlich; ich habe Fälle gesehen, die direkt einen psychotischen Eindruck machten. So erinnere ich mich eines Falles mit Bukardie in einem großen Berliner Krankenhause, der, von fürchterlicher Angst gepeinigt, direkt den Eindruck einer agitierten Angstpsychose machte, besonders in den Nächten, von wahnsinniger Angst gepeinigt, fortwährend um Hilfe flehte, verlangte operiert zu werden, nach den Fenstern eilte und hinausschrie, die Hände des Arztes umklammerte und um Rettung und Erbarmen bat. Dieser Mann war vollkommen normal gewesen vor dem Akutwerden seines Herzleidens, wie ich durch genaue Befragung der Ehefrau erfahren hatte.

Bei den Herzkrankheiten ist es etwa nicht der Mangel an Sauerstoff, sondern es ist das Asthma, welches die Beschwerden erzeugt. Die Zwerchfellfunktion stockt, sei es nun, daß direkt ein Zwerchfellkrampf auftritt, oder daß die Zwerchfellatmung erschwert ist. Wie das zustande kommt, wissen wir nicht. Es ist möglich, daß Äste des Nervus vagus, die im Zwerchfell und im Herzen endigen, reflektorisch auf die Innervation des Zwerchfells durch den Nervus phrenicus einwirken. Das Asthma wird ja nicht bloß vom Herzen ausgelöst, sondern

auch von den Bronchien; es gibt weiterhin auch Affektionen des Magens und des Darms, die Asthma auslösen können. Wahrscheinlich ist dann die reflektorische Erregung des Atemzentrums in der Medulla oblongata und die Abänderung der Atmung die Folge des peripheren Reizes.

Ich erinnere daran, daß das Asthma eine große Rolle spielt bei einer Gruppe von Geisteskranken, den Angstpsychosen, wo nach *Wernicke* häufig eine Insuffizienz der Zwerchfellatmung angetroffen wird. Ich habe selbst bei ängstlichen Patienten sehr oft eine Abänderung der Atmung mit Insuffizienz der Zwerchfellaktion beobachtet.

Bekannt ist weiter die Apathie der Typhösen, überhaupt der Darmkranken. Der Brechdurchfall der Kinder, die Peritonitis usw. ergeben einen wohl charakterisierten verfallenen Gesichtsausdruck, die sogen. Fazies abdominalis. Manche Typhuskranke geben auf Fragen, wie es ihnen geht, die Antwort, sie seien tot.

Wir sehen also hier eine ganz hervorragende Wirkung einzelner lokalisierter körperlicher Erkrankungen auf die Psyche, und es sind besonders Erkrankungen des Unterleibs, die schwer deprimierend zu wirken scheinen. Ich erinnere daran, daß die alten Griechen in die Eingeweide den Sitz des Gefühls legten, und daß das Zwerchfell (phren) überhaupt als Sitz des Geistes galt.

*Forster*[1]) sieht in der Lust das Fernsein von Schmerz Nach *von Freys* Untersuchungen seien keine Nerven vorhanden, welche die Lust leiten, infolgedessen kommen die Lustgefühle infolge Schwindens von Unlust, Schmerz zustande. *Forster* glaubt auch, daß beispielsweise der unangenehme Geruch des Skatols assoziativ bedingt sei, indem er nämlich an Fäzes erinnere, der Chemiker aber, der sich mit dem Skatol wissenschaftlich beschäftige, habe nicht das Gefühl des Ekels. Dagegen möchte ich einwenden, daß ich mich gerade mit Skatol und anderen übelriechenden Stoffen, wie Äthylsulfid, monatelang beschäftigt habe[2]). Obgleich ich mit reinem, synthetisch hergestelltem Skatol zu tun hatte, so war für mich der Geruch stets ein äußerst widerlicher, ebenso bei Äthylsulfid und Mercaptan, das sicher

[1]) Über die Affekte. Monatsschrift f. Psych. u. Neurol., Bd. 19, Heft 3.

[2]) Über eigentümliche Geruchsanomalien einiger chemischer Körper. Nagelsche Zeitschr. f. Sinnesphysiologie, Bd. 42, 1907, S. 271.

keine Assoziationen auslösen kann. Der widerliche Geruch war für mich sozusagen etwas ganz Elementares, während der Geruch von Fäzes, mit denen ich mich oft wissenschaftlich beschäftigen mußte, für mich wenig Unangenehmes hat. Das Skatol hat einen direkt betäubenden Geruch, der Geruch tut direkt weh.

*F. E. Otto Schultze*[1]) spricht sich folgendermaßen aus: „Das Gefühl der Kraft, des Großen, Mächtigen, Starken, das oft die Erscheinungsgrundlage für die Aussagen: reich, gewaltig, gewichtig, satt, strotzend, sicher, kraftvoll, straff bildet; der Affekt der Bewunderung und des Staunens. Mit diesen vielfach als Gefühle bezeichneten Erscheinungen finde ich eine unmittelbare Verwandtschaft zu den einfachsten Erscheinungen der angespannten Körperhaltung. Wenn ich vom Zwang spreche, von physischem oder seelischem, von innerer oder äußerer Notwendigkeit, und wenn ich das mit besonderem Nachdrucke tue, so steigt nicht selten in mir auch etwas von derartigen Erscheinungen auf. Ich sehe mich infolgedessen genötigt, auch sie den Körpergefühlen (Dynamien) zuzuordnen." Ferner: „Ganz frei von Bedenken bin ich allerdings nicht, denn wie im Begriff der algedonischen Erlebnisse auch von *Stumpf* die Unlust in Beziehung zu Schmerzempfindungen gebracht ist, so kann man vielleicht die Lust in Ähnlichkeitsbeziehung zur Wärmeempfindung bringen. Bei dieser Ähnlichkeit sind wir allerdings an eine Grenze gekommen, die einer zuverlässigen Arbeit vorläufig nicht zugänglich ist. Im allgemeinen Sprachgebrauch ist diese Ähnlichkeit in der Sprachweise von „innerer Wärme" anerkannt; pathologisch wäre vielleicht das hypochondrische Glücksgefühl der Paralytiker heranzuziehen, das als Wärmegefühl geschildert wird; doch bleiben Bedenken bestehen."

*Raphael Levi*[2]) spricht davon, daß der normale Ablauf des körperlichen und seelischen Gewebslebens Veränderungen des Gewebes setzt: physiologische Reize. Je nach den Bestandteilen des Gewebes, auf welche sie wirken, haben sie verschiedene bestimmt gezeichnete Töne (Hunger, Durst, Geschlechtstrieb, Ehrgeiz): spezi-

[1]) Über Organempfindungen und Körpergefühle (Dynamien). Arch. f. d. ges. Psychologie, 11. Bd., 2. Heft.

[2]) Zur Analyse der Empfindungen, insbesondere der Lustempfindungen. Arch. f. d. ges. Psychologie, 10. Bd., 3. und 4. Heft.

isches Reizelement. Je nach ihrer Stärke erzeugen sie Empfindungen, Schmerzen (Durstempfindung, brennender, schmerzender Durst, Ehrgefühl, Ehrgeiz). — Ich muß sagen, daß mich diese Thesen des Autors nicht recht überzeugen konnten.

Als weiteren Beitrag zur Lehre von den Organempfindungen führe ich die Arbeit von *E. Meumann*[1]) an. Er verweist auf die Befunde von *Sollier* und *Revault d'Alonnes*. Letzterer Autor[2]) beschreibt eine Kranke mit „viszeraler Anästhesie." Sie klagte darüber, daß sie keinerlei Gemütsbewegungen habe und den Verfluß der Zeit nicht mehr zu bemerken imstande sei. Der Verfasser verneint, daß diese Anästhesie hysterischen Ursprungs sei, und weist auf all die gastrischen Störungen hin; er kommt zu dem Schluß, „daß die Empfindung der Zeitdauer nichts anderes sei als viszerale Sensibilität".

*Sherrington*[3]) hat fünf jungen Hunden das Rückenmark in der Zervikalregion oberhalb des sympathischen Nervensystems durchschnitten, wodurch die nervöse Verbindung der Brust-, Bauch- und Beckeneingeweide mit dem Gehirn aufgehoben ist, mit Ausnahme ihres Zusammenhangs durch gewisse Hirnnerven. Ebenso sind die Blutgefäße, abgesehen von der spärlichen Verbindung durch Hirnnerven, vom vasomotorischen Zentrum und die willkürliche Muskulatur samt der Haut bis zur Schulter vom Gehirn losgelöst. Diese Hunde wurden monatelang beobachtet — eine Abnahme der emotionellen Erregbarkeit konnte nicht festgestellt werden, sie äußerten in gewohnter Weise Freude, Ärger, Angst und Ekel.

Ohne die Bedeutung der Organempfindungen für die Gemütsbewegungen leugnen zu wollen, glaubt Verfasser feststellen zu müssen, daß seine Versuche gegen die Theorien von *Lange*, *James* und *Sergi* sprechen, vor allen Dingen scheint ihm die vasomotorische Theorie durch sie widerlegt zu sein. „Es muß darauf hingewiesen werden, daß, wenn auch den vasomotorischen Veränderungen keine primäre Bedeutung für das Zustandekommen der Ausdrucksvorgänge zukommen sollte, so doch letztere sich eben in denjenigen Körperregionen

[1]) Zur Frage der Sensibilität der inneren Organe. Arch. f. d. ges. Psychologie, 9. Bd.

[2]) Dieselbe Zeitschr., 7. Bd., Referat 8

[3]) Referiert Arch. f. d. ges. Psychologie, 7. Bd., Literaturbericht S. 117.

geltend machten, die noch einer Nervenreizung zugänglich waren, und daß die „unveränderten Gemütsbewegungen" lediglich aus diesen körperlichen Reaktionen erschlossen wurden." (Referiert von *M. Kelchner.*)

Nach *Meumann* hat *Lennander* festgestellt, daß die Serosa des Darms weder Sensibilitäts- noch Schmerz- und Temperaturempfindungen hat, nur das Peritoneum parietale besitzt Schmerzempfindungen. Nach seinen eigenen Beobachtungen kommt aber der Verfasser zu dem Schluß, daß zwar die inneren Organe sich beim äußeren Eingriff als unempfindlich erweisen, daß aber durch normale reflektorische Erregungen Empfindungen in den Organen ausgelöst werden. Man müsse zweitens doch wohl annehmen, daß Organe, die bei abnorm starker innerer Reizung lebhafte, wenn auch unbestimmte Empfindungen auszulösen imstande sind, sensible Nerven haben, die auch bei normaler, reflektorischer Erregung dieser Organe Empfindungen auslösen können, wenn auch nur in schwächerem Grade, oder auch von anderer Qualität (innere Tastempfindungen, nicht Schmerzempfindungen). Dies würde aber zu seiner obigen Ansicht stimmen, daß auch die normale Tätigkeit dieser Organe durch die physiologischen inneren Reize, die (bei reflektorischer normaler Erregung) in ihnen ausgelöst werden, schwache und unbestimmt lokalisierte Empfindungen auszulösen vermögen.

*Wernicke* stellte die Angst als etwas Selbständiges hin, ohne daß damit Vorstellungen verknüpft sein müßten. Ich kann selbst aus meinen Beobachtungen bestätigen, daß man beispielsweise nach Genuß von schwerem Kaffee, nach schweren Zigarren leichte asthmatische Beschwerden bekommen kann, „ängstliche Gefühle", ohne daß man bestimmte ängstliche Vorstellungen hätte. Ich erinnere mich ferner, daß ich einmal in der Zerstreutheit 60 Tropfen Opiumtinktur auf einmal nahm und nachher leicht ängstlich und unruhig wurde, von einem Zimmer ins andere ging und erst durch Überlegen, daß ich ja doppelte Maximaldosis zu mir genommen hatte, auf den Gedanken kam, daß es sich um eine leichte Alkaloidvergiftung mit asthmatischen Beschwerden, Pulsbeschleunigung und leichten Tremor handelte. Es läßt sich darüber streiten, ob das Lustgefühl, das manche Leute nach einer gelungenen Defäkation empfinden, nur in der Beseitigung von irgendwelchen Unlustempfindungen beruht; bekannt sind letztere infolge

von Obstipation usw. Das Gefühl der wohlig überströmenden Wärme nach einem kurzen warmen Bade, das Wohlgefühl, das der Sonnenschein auf uns ausübt, könnte eventuell durch eine Kombination von Wärme- und Tastempfindungen ausgelöst werden.

Ich möchte weiterhin erinnern an das eigentümliche Wohlgefühl nach einer guten Mahlzeit und das Wohlgefühl nach geringem Alkoholgenuß. Man darf die Wirkung des Alkohols nicht einfach als Gehirnwirkung im allgemeinen auffassen. Zwar wird der Gedankenablauf ein rascherer auf Kosten höherer Assoziationsleistungen; diese narkotische Wirkung des Alkohols muß man aber trennen von der eigentümlich belebenden. Ich erinnere daran, daß die Völker des Nordens eher dem Übermaß des Alkoholmißbrauchs zum Opfer fallen, weil das ungünstige Klima nachteilig auf die Stimmung wirkt. Sicher greift der Nordländer nicht deshalb zum Belebungsmittel, um seinen Gedankenablauf rascher zu gestalten, sondern um sich eine körperliche Euphorie zu verschaffen. Die Frauen, die ja im allgemeinen eine etwas höhere Körpertemperatur haben und im ganzen viel mehr „Gefühlswesen" sind, wie der nüchtern denkende Mann, haben solch ein Reizmittel, das ein körperliches Wohlgefühl schafft, im allgemeinen nicht nötig.

Besser als diese mehr theoretischen Erwägungen kann uns die praktische Erfahrung über die Größenideen belehren. Ich möchte hier von mehreren Fällen berichten, die sehr prägnant die Abhängigkeit der Größenideen von dem körperlichen Wohlgefühl erläutern.

Fall 1. Es handelt sich um einen 50jährigen Kutscher. Ob Lues vorangegangen war, war nicht zu erfahren. Er soll über gewöhnliche Volksschulbildung verfügt haben. Er litt seit mehreren Jahren an Tabes. Als früherer Droschkenbesitzer hat er häufig reichliche Mengen Alkokol genossen. Im Sommer 1907 soll er einen Fall auf den Kopf getan haben.

Seit einigen Jahren fiel seiner Frau anstelle des früheren lebenslustigen Wesens ein merkwürdig stilles Benehmen und ein Mangel an Interesse für das Familienleben und die allgemeine Unterhaltung auf. Mitte September v. Js. trat eine außerordentliche Lebhaftigkeit auf, große Schwatzhaftigkeit, unzusammenhängende Reden. Bei seinem Selbstgespräche drehte es sich entweder um Geld oder um den Verkehr mit dem Kaiser, zu dem er häufig hinzufahren beabsichtigte. Plötzliches Angstgefühl brachte ihn zum Aufwachen aus dem Schlaf. Häufig gedrückte Stimmung, lautes Plappern, Aufspringen aus dem Bett, Klagen über Luftmangel, Sinnestäuschungen und Größenwahnideen: er sieht

einen Gutshof mit allerhand Vieh darauf und hält alles für sein Eigentum. In den letzten Tagen seines Familienaufenthaltes bedurfte seine Frau öfters anderweitiger Hülfe, um ihn im Bett festzuhalten, da er große Neigung zum Fortgehen zeigte. Er soll dabei immer angegeben haben, er müsse auf seinem Gutshof nach dem Rechten sehen, wenn er nicht viel Geld verlieren sollte. Erst auf langes und oftmals wiederholtes Zureden trat eine gewisse Ruhe ein. Das Bett hat er mehrfach verunreinigt. Er wurde in das Krankenhaus Schönebeck eingeliefert, war dort bald vollständig gedrückt und still, bald sehr aufgeregt und laut; der dortige Bericht lautete: Vorstellungstätigkeit gehemmt. Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen vorhanden. Gedächtnis geschwächt. Urteilsfähigkeit fast aufgehoben. Läuft öfters planlos umher und begeht verkehrte Handlungen. Anfangs beschmutzte er das Bett, war später aber rein. Der Appetit war wechselnd. Es ist nur eine gewisse Abmagerung gegenüber von früher konstatiert und die Symptome der Tabes. Der Schlaf war wechselnd. Er erhielt Brompräparate, auch Choralhydrat.

Er wurde mit der Diagnose progressive Paralyse in die hiesige Klinik geschickt. Der Befund ergab: Eigentümlich verwahrlostes Aussehen. Die linke Pupille zeigt ein Kolobom. Die rechte Pupille reagiert träge auf Lichteinfall, sie ist entrundet, die linke ist auf Lichtempfindlichkeit nicht zu prüfen. Der Augenhintergrund ist frei. Die Zunge wird gerade heraus gestreckt. Die Herztöne sind rein, regelmäßig. Der Gang ist unsicher, *Romberg*sches Phänomen. Beim Stehen mit geschlossenen Augen fällt er hin. Rechter Patellarreflex erloschen, linker ebenfalls. Ausgesprochene Hypotonie der Beine. Keine Achillesreflexe. Schmerzempfindung an den Beinen anscheinend stark herabgesetzt. Starke Ataxie der Beine.

Rechenexempel: 6 × 7? = Ja! 28.
3 × 7? = 29.
2 × 4? = 28.

Wie heißt der Deutsche Kaiser? Wilhelm Kaiser I.

Wie heißt die Hauptstadt von Deutschland? Als Kaiser Wilhelm I.

Haben Sie viel Geld? Ja, als Kaiser Wilhelm.

Sind Sie reich? Ja, als Kaiser Wilhelm.

Er spricht fortwährend: „Morgen früh Depesche an Kaiser Wilhelm als Hauptmann von Berlin.“ Er behauptet, er sei der Kaiser.

Wo sind Sie hier? Bei Kaiser Wilhelm.

Wer bin ich? Mein Vater, geliebter Kaiser.

Hält auch den Wärter und auch andere Personen für seinen Vater.

Man hätte den Kranken als sehr dementen Paralytiker mit einförmigen Größenideen bezeichnen können.

Er suchte fernerhin vorgezeigte Gegenstände mit dem Munde zu erfassen, diese werden zum Teil nicht benannt, beispielsweise sagte er zu einer Nadel Kaiser Wilhelm. Er kam auch immer wieder auf Kaiser

Wilhelm zurück. Während des Sprechens bemerkte man ein leichtes Zittern des Körpers. Beim Zugreifen nach Gegenständen rhythmischer Tremor. Die vorgestreckten Hände zittern lebhaft. Vorgesprochene Worte wurden nicht wiederholt. Er bot in der Folgezeit andauernd dasselbe Bild, er war zeitweise ganz ruhig und gab auf Fragen keine Antwort, außer, daß er Kaiser sei, und daß er morgen früh als Hauptmann nach Berlin müsse.

Am 17. November ist notiert: Wo sind Sie hier? Hier im Bette als Kaiser Wilhelm. Was sind Sie hier? Ich liege hier als Kaiser Wilhelm. Das ist der Kaiser Wilhelm aus Berlin. Wie heißt das Haus? Kaiser Wilhelm. Hier geboren als Kaiser Wilhelm. Gegebene Aufträge wurden prompt vollzogen. Auf vorgelegte Leseproben: Kaiser Wilhelm nach Berlin. Wieviel Finger? Ein Finger als Kaiser Wilhelm. Uhr? Meine Uhr kriege ich auch als Kaiser Wilhelm.

Am 20. November sprach er andauernd: „Morgen früh Depesche an Kaiser Wilhelm als Hauptmann von Berlin. Mein Sohn, geliebter Vater. Du bist gesund als Kaiser Wilhelm von Berlin." Am 24. November will er immer hier bleiben. Fühlt sich sehr wohl. Es wechseln Stunden, wo er andauernd spricht, mit vollkommener Ruhe. In den späteren Tagen war er leidlich ruhig. Am 30. November war er sehr unruhig, sprach fortwährend von Kaiser Wilhelm, schlug sich zeitweise an die Brust.

Am 4. Dezember war er von Mittag an sehr laut. Er ging außer Bett, zog die Wäsche desselben ab, warf die Matratze heraus und darauf alles unter das Bett. Er sollte sich nach kurzer Zeit wieder zu Bett legen, er verweigerte dies aber mit starkem Brüllen: „er lege sich nicht in das Bett als Kaiser Wilhelm." Er wurde darauf ins Gitterbett gelegt, fing darin an zu weinen und brüllte sehr laut bis gegen 7 Uhr abends, wurde dann für kurze Zeit etwas ruhiger. Er sollte um 8 Uhr 30 Min. sein Schlafmittel einnehmen, wollte es aber nicht und schrie danach noch mehr. Er kam in die Zelle und brüllte die ganze Nacht hindurch, lief in der Zelle umher, fiel öfters mit seiner Decke um, auch später mit der Matratze. Gegen 10 Uhr vernahm man zweierlei Stimmen, zuerst die alte Sprache, dann eine ganz andere, auffällige, die er am nächsten Morgen hatte.

Am 5. Dezember gegen 2 Uhr nachts war der Patient nicht mehr zu erkennen, er war sich nicht mehr ähnlich. Der ganze Körper war stark mit Luft aufgebläht, überall, wo man anfaßte, fühlte man Knistern. Es handelte sich also um ein universales Emphysem, das auch auf das Gesicht überging und anscheinend auch die Schleimhäute, beispielsweise des Halses, mitergriffen hatte. Die Stimme war ganz hell, und der Kranke sprach, wie wenn er einen Kloß im Munde hätte. Er war nun ziemlich hinfällig, unbeholfen, die Atmung war erschwert, der Puls war klein und frequent. Die Augenlider waren auch stark geschwollen, so daß der Kranke nur mühsam aus den Augen sehen konnte; es war also im ganzen ein hilfloser Zustand.

Er war aber trotzdem sehr laut bis morgens 8 Uhr 45 Min., kam nachher ins Bett und war ruhiger. Er antwortete auf Befragen, ob er noch Kaiser Wilhelm wäre, nein, es wäre nicht wahr, er nannte seinen richtigen Namen. Warum er des Nachts so laut gewesen, wußte er nicht. Er wollte sich etwas waschen. Im Laufe des Vormittags war er ruhig, schlief aber nicht, drehte sich mehrmals um und trank viel Wasser. Auf wiederholtes Fragen, ob er Kaiser Wilhelm sei, antwortete er unmutig: „das sei Blech." Auf die Frage, wo er hier wäre, antwortete er: „im Krankenhause." In welcher Stadt er sei? schüttelt er mit dem Kopf, weiß es nicht. Wie alt er sei? 43 Jahr. Verheiratet? Ja. Lebt die Frau? Ja? Wo? In Schönebeck. Was er zuletzt gearbeitet hat? Kutscher. Wie es ihm geht? Gut. Ob er Schmerzen habe? Nein. Er gibt auf Befragen ganz gute Antworten, besser als früher.

Sein Wesen war ganz verändert. Er wurde vieles gefragt, gab recht gute Auskunft, er rechnete vollkommen fehlerfrei, gab auch über sich selbst Auskunft: er sei jetzt krank, er habe Halsschmerzen. Er kannte den Arzt, wußte nicht, warum er früher so erregt gewesen war. Er war den ganzen Tag über verändert, ruhig, geordnet und machte einen vollkommen vernünftigen Eindruck. Zugleich aber bestand große Hinfälligkeit, die Atmung war oberflächlich und beschleunigt, der Kranke gab zwar auf Befragen an, er bekomme genug Luft, er konnte sich aber schon wegen des ausgebreiteten Emphysems nicht viel rühren und auch nicht viel sprechen.

Abends nahm er sein Schlafmittel nicht, in der Nacht wurde er sehr unruhig, schlief nicht, sprach viel vor sich hin. Er beschäftigte sich fortwährend mit seiner Schlafdecke, zog dieselbe aus und warf sie raus in den Saal. War sehr unruhig bis zum Morgen, weigerte sich dann zu essen. Er war wieder verändert, sehr unruhig, warf sich im Bett hin und her. Dabei wieder Größenideen, behauptete, er sei der Kaiser, sprach wieder wie früher und erschien benommen. Auf Fragen antwortete er nicht mehr so klar wie tags zuvor. Die Sprache war teilweise ganz unverständlich. Das Emphysem war etwas zurückgegangen. Der Puls war klein, etwa 140 Schläge in der Minute, die Atmung beschleunigt. Es bestand ein eigentümlicher Geruch ex ore, an Aceton erinnernd. Unter zunehmender Herzschwäche Exitus (3/4 11 Uhr vorm.).

Die Sektion (Dr. *Ruckert*) ergab: Atrophie des Stirnhirns mit Leptomeningitis, besonders über dem vorderen Teil des Gehirns, Rindenverschmälerung, Hydrocephalus internus. Zwei Rippen rechts waren frakturiert, die 5. und 6., und zwar in der hinteren Axillarlinie, es bestand Pneumothorax, Pneumoperikard, allgemeines Luftemphysem der Haut.

Der ärztliche Bericht aus Schönebeck enthielt die Bemerkung: die Vorstellungstätigkeit sei gehemmt, es seien Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen vorhanden, das Gedächtnis sei geschwächt, die Urteilsfähigkeit sei fast aufgehoben.

Wer das Gebaren des Kranken gesehen hatte, der hielt denselben für einen ganz dementen, verblödeten Paralytiker. Daß dieses nicht der Fall war, das zeigt sein Verhalten, nachdem der körperliche Zustand ein schlechter war; er verwarf sogar die Größenideen, sagte, es sei Blech, zeigte eine ganz erfreuliche Intelligenz. Wie soll man sich solche Widersprüche erklären?

Fall 2. — St. O., Kaufmann, 37 Jahr, aus Weißenfels, wird von der Polizei nach hier gebracht. Er hatte bis Oktober v. Js. ein Delikatessengeschäft in Berlin, wurde dann Teilhaber einer Buchhandlung, wo er sein ganzes Vermögen verlor. Seitdem war er bei seiner Mutter, welche eine Gastwirtschaft besitzt, im Geschäft tätig bis Mitte Dezember. Von da ab ging es nicht mehr, er bekam mit den Gästen Streit, warf dieselben hinaus, machte die unsinnigsten Bestellungen an Zigarren, Nordhäuser usw. Er schlug Haken in die Wände, demolierte den Ofen und andere Wirtschaftsgegenstände. Wollte nach Berlin zum Kaiser fahren und denselben zum Essen einladen, glaubte, er werde dann Feldmarschall, bekomme eigene Soldaten und könne dann Krieg führen. Lief auf die Post, wollte dort 20 000 Mark abheben; wollte seiner Mutter das Geschäft verkaufen, sie verdiene ½ Million daran. Er lief dann in der Nacht, als seine Mutter zu Bette war, von Hause fort, ließ alle Türen offen stehen und fuhr nach Naumburg und von da nach Leipzig. Dort bekam er in einem Gasthaus Streit, das Fleisch, welches ihm vorgesetzt wurde, sei ungenießbar, es rieche schlecht, das Bier sei Wasser usw. Als er die Zeche bezahlen sollte, hatte er kein Geld mehr, es wurden ihm dann dort sein Überzieher und die Ringe abgenommen. Von da ging er nach Halle, hier fuhr er mit einer Droschke in der Stadt umher, obgleich er gar kein Geld in der Tasche hatte. Er wurde dann der Polizei übergeben und hierher gebracht.

Der Befund ergab: Mittelkräftig gebauter Mann von gesundem Aussehen. Die rechte Pupille reagiert träge auf Lichteinfall, die linke etwas besser. Beide sind nicht ganz rund. Der Augenhintergrund ist normal. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, leichtes Zittern. Die Herztöne sind rein, die Herzgrenzen normal. Die Patellarreflexe sind von normaler Stärke. Es besteht kein Fußklonus, dagegen stark *Rombergs*ches Phänomen. Die gespreizten Finger zittern kaum. Silbenstolpern ist nicht vorhanden.

Fragen:

Unterschied zwischen Berg und Gebirge?
Das Gebirge ist groß, der Berg ist klein
Unterschied zwischen Bulle und Ochse?
Gibt's keinen Unterschied. Der eine frißt Heu, der andere Stroh.

Unterschied zwischen Fluß und Teich?

Der Fluß hat fließendes, der Teich stehendes Wasser.

Unterschied zwischen Ochse und Kuh?

Die Kuh ist weiblich, der Ochse männlich.

Eine vierstellige Zahl ist nach etwa zwei Minuten ganz vergessen.

Was bedeutet der Deutsche Reichstag?

Er bedeutet die Politik für das Deutsche Reich.

Was macht er?

Er ordnet sämtliche Fraktionen und wirkt darauf ein, daß es keine Sozialdemokraten mehr gibt.

Was macht er vor allen Dingen?

Er bewilligt die Gelder.

Wenn ein Kapital zu 3000 Mark 3 Jahre zu 4 % aussteht, wieviel Zinsen?

Ist gar nicht auszurechnen (will anscheinend nicht nachrechnen, ist schwer zu fixieren).

Das kann ich nicht, und kein Mensch ausrechnen.

10 × 19? = 135. Legen Sie mir bitte nicht solche Fragen vor.

5 × 19? = 0. Kann ich nicht ausrechnen. (Schüttelt den Kopf.) Ich kann wohl mit Tausenden rechnen, aber das nicht.

6000 × 6000? = 36 000.

Ihre Rechnung stimmt nicht.

Wieviel ist eine Milliarde?

1 Milliarde ist 1 000 000 × 1 000 000.

Was heißt Zinsfuß?

Wenn ich ein Kapital habe und es wird verzinst mit 4, 5, 6, 8 %, dann ist es ein Zinsfuß.

Was bedeutet ein Wechsel?

Ein Wechsel kann entweder ein Sichtwechsel oder ein anderer Wechsel sein; ein Sichtwechsel muß unterschrieben sein, ein anderer nicht.

Mit was haben Sie gehandelt?

Mit Kolonialwaren und Delikatessen.

Was kostet das Pfund Weizenmehl 00? = 15—20 Pf.

Was kostet eine gute Flasche Wein?

3 M., ich habe auch bessere gehabt für 60 M. aus den fürstlichen Häusern.

Wer hat den gekauft?

Niemand, den habe ich allein getrunken.

Fühlen Sie sich glücklich?

Sehr glücklich. Bin der glücklichste Mensch von der Welt. Habe körperliches Wohlbefinden, mir ist sehr leicht ums Herz!

Haben Sie viel Kraft?

Bedeutende Kraft. Alles ist an mir sehr gesund. Bin in meinem Leben noch nicht krank gewesen. Es ist mir sehr leicht ums Herz, weiß nicht, wo mein Herz liegt. Bin riesig glücklich.

Krank sind Sie nicht? Nein, nein!

Haben Sie Schmerzen im Leibe? Nein.

Sind Sie glücklich? Ja.

Gescheidt? Ja.

Haben Sie viel Geld? Ja, meine Verwandten sind auch alle sehr reich.

Schmeckt das Essen? Jawohl, sehr gut.

Haben Sie immer Hunger? Ja. Jetzt habe ich keinen. Das Essen war ja so vorzüglich, daß man nur einmal zu essen braucht; man kann ja alles beim Liegen nicht so schnell verdauen.

Sind Sie verlobt? Ja, sowie ich zurückkomme, werde ich heiraten.

Wissen Sie, wo Sie hier sind? In der Nervenheilanstalt in Halle. Es hat mich derartig gefreut, daß ich jedem, der ein derartiges Leiden hat, die Anstalt empfehlen werde. Ich fühle mich hier ganz wohl; wenn ich nicht den Gasthof hätte, bliebe ich hier. Das Essen ist gut; das eine gefällt mir nicht, das hier im Lande die Leute so traktiert werden, das würde bei mir nicht vorkommen.

Was waren die Vorgänge dazu, daß Sie hierher gekommen sind? Ich wollte nach Petersburg fahren, wo ich einen Wechsel von 30 000 M. bezahlen wollte. In Leipzig vom Berliner nach dem Thüringer Bahnhof D-Zug I. Kl. wurde ich überfallen und hat mir jemand etwas in die Nase geträufelt, wonach ich drei Tage besinnungslos war. Dann bin ich wieder zu mir gekommen und darauf fuhr ich nach Halle. In Halle wurde ich arretiert, in die gemeinste Zelle gesperrt und an die Wand mit Eisenketten geschmiedet. Nachdem ich zu den Menschen sagte: mich könnt Ihr erschießen, mir könnt Ihr das Herz rausreißen, aber Ihr seid morgen alle tot, keiner ist mehr am Leben, Ihr seid alle erschossen! wurden sie leichenblaß und haben mich trotzdem noch fünf Stunden eingeschlossen dort behalten. Sie haben mir zwei Lotterielose, Tausende von Legitimationen, bezahlte Rechnungen mit meiner Firma usw. und alles andere gestohlen! — Darauf kam ich in ein Lokal, wo genau dieselbe Sache war. Ich hatte aber solche Kräfte, daß ich jeden, der mir in den Weg kam, an die Wand schmiß. Aus dem Lokal wollten mich zwei Verwandte (Neffen) aus Weißenfels retten. Vor der Droschke standen Tausende von Menschen, die alle gegen mich waren. Was nun aus meinen Neffen geworden ist, weiß ich nicht. Hierauf wollte ich hier in Halle ein Dampfbad nehmen, ich wurde von einem Wärter von hier dorthin gebracht. Nach dem Bad bin ich eingebettet worden.

Sie kennen den Kaiser, wie heißt er? Seine Majestät, Kaiser Wilhelm II., König von Preußen, Deutscher Kaiser. Ich bin täglich mit ihm zusammen.

Wobei denn? Überall bei sämtlichen Sachen. Auf dem Schiffe über die ganze Welt, in seinen Palästen. Wir trinken nur zusammen Sekt, bin bei allen Diners usw. dabei.

Wie begrüßen Sie sich mit ihm? Er küßt mich jedesmal ab.

Wie unterhalten Sie sich denn? Über alles, hauptsächlich über die Heeresorganisation, über innere und äußere Politik. Wir werden nicht fertig mit der Unterhaltung, da ist so viel zu sprechen, daß man nicht fertig wird. Graf Hülsen-Häseler ist der größte Feldherr, der nimmt jedesmal beim Manöver den Kaiser gefangen!

Im Manöver sind Sie auch beim Kaiser? Im Gefolge. Bin jedesmal in der Nähe des Kaisers: bei Kircheneinweihungen, bei Denkmalseinweihungen usw.

In die Familie kommen Sie aber nicht? Da sind alle immer da, das sind alles Hofdamen! — —

Dieser Paralytiker mit ganz ausgesprochenen Größenideen, der Milliarden und Millionen hatte, zeigte zugleich auch ein merkwürdig körperliches Glücksgefühl, er sei der kräftigste und glücklichste Mensch auf der Welt, es sei ihm so leicht ums Herz. Er sei klug und gescheidt, er kenne den Kaiser, sei täglich mit ihm zusammen. Er sei so groß wie das Zimmer, könne sich breit machen bis zur Decke und alles machen wie ein Walfisch, er habe mehr Kraft als 10 Männer.

Wir sehen hier mit dieser körperlichen Desorientierung, und zwar nach der expansiven Seite, parallel die Größenideen gehen, letztere scheinen wie ein Abglanz des körperlichen Glücksgefühls produziert zu werden. Bei diesem Kranken versuchte ich nun, ein körperliches Mißbehagen zu erzeugen.

Ich habe dem Kranken, um ihn wesentlich herabzustimmen, einige Löffel Ricinusöl mit zwei Tropfen Crotonöl gegeben. Während er am Morgen des 10. Januar noch ausgesprochene Größenideen hatte, 1000 Milliarden besaß, König war, den Deutschen Kaiser heute sehen wird, so kräftig ist, daß er fünf Mann hinschmeißt und der glücklichste Mensch der Welt ist, war abends das Bild folgendes: Nicht mehr so euphorisch. Stimmung etwas niedergedrückt. Hatte Durchfall von Mittag ab, keine Leibschmerzen, war vier- bis fünfmal ausgetreten.

Sind Sie schlapp? Ja, ein bißchen.

Vom Kaiser will er absolut nichts mehr wissen; das Geld will er sich allein verdienen.

Haben Sie Millionen? So schlimm ist es jetzt noch nicht.

Kommen Sie mit dem Kaiser zusammen? Nein, nein! — Ich werde vielleicht 100 000 M. haben. So viel Geld habe ich nicht.

Abends wollte er also vom Kaiser nichts mehr wissen, er habe auch kein Geld, habe keine Millionen, er war auch im ganzen viel ruhiger, geordneter, zugänglicher. Er fühlte sich zwar gesund, sagte aber, er fühle sich schlapp nach den Durchfällen. Die ganzen Größenideen waren wie verflogen, um am nächsten Morgen mit der alten Stärke wiederzukehren.

Wir sehen auch, daß der Kranke ein ganz gutes Urteil hat, daß er zwar Fehler macht beim Rechnen; aber bei diesen Fehlern kann man nicht angeben, ob es bloß Denkfaulheit ist oder Zerstreutheit, denn zweimal rechnet er ganz gut, und er sagt ja selbst: „Kommen Sie mir nicht mit solchen Sachen!" Wir haben hier ebenfalls eine Analogie mit den Hebephrenen, der „Dementia präcox", die Leute erscheinen dement, weil sie verkehrte Antworten geben, und dabei sind sie häufig bloß denkfaul.

Es gibt wohl selten solche Fälle von Somatopsychose, wo das körperliche Kraftgefühl und die Größenideen so Hand in Hand gehen. Der Kranke zeigte auch diese Erscheinungen häufig. So hatte er zeitweise Asthmabeschwerden, behauptete dann, ein Turm liege auf ihm, und war äußerst deprimiert. Er war bald wieder so groß wie das Zimmer, konnte sich breit machen bis zur Decke, dann hatte er Millionen, 1000 Rennpferde, Millionen Löwen usw., bald wieder hatte er keine abnormen körperlichen Sensationen, war so groß wie ein anderer Mensch und äußerte absolut keine Größenideen.

Ich habe gerade bei diesem Fall versucht, auf die „Splanchno-Psyche" zu wirken, weil ja nach den ganzen Erfahrungen der Bauchsympathicus wohl am meisten die Organempfindungen leitet. Wie, das wissen wir noch nicht; aber die angeführten Beispiele lassen eine solche Annahme wahrscheinlich erscheinen.

Eine Paralytica, welche zwar ziemlich dement war und auch ganz heiterer Stimmung, fragte ich eingehend nach Größenideen aus, ich konnte aber nichts Derartiges auffinden. Als ich sie nun nach ihrem körperlichen Zustand fragte, da meinte sie, sie wäre manchmal etwas matt, sie wäre nicht kräftiger als andere usw., also keine Spur von der schon erwähnten merkwürdigen körperlichen Desorientierung.

Paralytiker, welche äußere Verletzungen erlitten haben, Zahnschmerzen haben usw., könnte man nun auch als herabgestimmt in ihrem körperlichen Wohlgefühl betrachten. Dies ist sicher auch der

Fall, aber äußerer Schmerz ist lange nicht gleich zu setzen den eigentümlichen Organempfindungen, dem Kraftgefühl oder dem Nichtigkeitsgefühl, das die Paralytiker so häufig äußern.

Ich möchte noch einen Fall kurz erwähnen, weil er sehr schön charakterisiert, wie bei tadelloser Intelligenz doch die unsinnigsten Größenideen möglich sind.

Fall 3. — W. W., Schlosser, 36 Jahre alt, aus Berlin, wurde aus dem hiesigen Strafgefängnis gebracht, wohin er gebracht worden war wegen Hausfriedensbruchs. Wegen Geisteskrankheit war er exkulpiert worden. Der Kranke selbst gibt an, daß er früher Schanker gehabt habe.

Der Befund ergab: etwas schlecht genährter Mann. Die Pupillen sind mittelweit, reagieren prompt auf Lichteinfall, sind etwas entrundet. Rechte Sehnervenpapille etwas blaß, die linke ist nicht zu sehen wegen Trübung der Linse. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, es besteht kein Zittern derselben. Der rechte Patellarreflex ist herabgesetzt, der linke gesteigert. Es besteht kein Babinski. Beim Stehen mit geschlossenen Augen tritt kein Schwanken auf. Die Herztöne sind rein. Die Lungen sind ohne Besonderheit. Silbenstolpern ist angedeutet bei schweren Worten.

Wie kommen Sie auf die Automobile? Ich habe auf den Werften gearbeitet mit Stemmen und Nieten.

Wieviel Automobile haben Sie gebaut? 10 000 Stück. Ich schicke Ihnen auch sofort eins, mir soll es recht sein, mir liegt nichts an die Dinger.

Wieviel Geld haben Sie? Ich habe 2½ Millionen in der Lotterie gewonnen. War auch in Chicago, St. Francisco, St. Louis usw., habe dort viel Geld verdient. (Spricht gebrochen Englisch.) Von der Regierung hatte ich 30 Plantagen gekriegt, jede zu 30 000 Acres. Das Vieh hierzu wurde vom Staat gestellt. Mein Vieh lag unter den Ahornbäumen; ich hatte mir von Beton Tröge gegossen, die fraß das Vieh und kein Gras mehr. Hierfür wurde ich angezeigt. Die Schweine wurden nicht geschlachtet, sondern mit Cocain begossen und mit Eis und Ammoniak behandelt.

Wie heißt der Deutsche Kaiser? Wilhelm.

$$6 \times 7\ ? = 42.$$
$$9 \times 18 ? = 162.$$
$$16 + 17 ? = 33.$$

Unterschied zwischen Fluß und Teich? Der Fluß läuft, der Teich bleibt stehen.

Die Merkfähigkeit ist nicht herabgesetzt.

Er gibt noch selbst an:

Im ganzen bin ich zu 6 Monaten Gefängnis verurteilt wegen Bedrohung. Ich legte Berufung ein und beantragte Haftentlassung, wurde aber damit abgewiesen, und wurde mir auch keine Gelegenheit zum Schreiben gegeben. Ich war zuerst vier Wochen im Gefängnis in Dortmund, dann wurde ich nach Lingen überführt, wo ich auch vier Wochen war

bis 1. Januar 1908, und kam dann nach Halle ins Gefängnis. Hier wurde ich der Irrenabteilung überwiesen, weil sie annahmen, daß meine Angaben wegen der von mir erfundenen Automobile, welche das Getreide säen, ernten, dreschen und auch gleichzeitig das Brot backen, verrückte Ideen wären, und mich für geisteskrank hielten. Ich habe auch Kartoffelaufwerf- und Aufnehmemaschinen, Rüben- und Heuaufnehmer erfunden, ebenso ein Luftschiff nach Zeppelinschem Muster, welches aber durch Druckluft getrieben wird.

Mit den 2½ Millionen, die ich in der Lotterie gewonnen habe, wofür ich die Lose habe, das Geld liegt bei Carl Heintze in Berlin, Unter den Linden, habe ich eine Automobil- und Aluminium-Fabrik zur Verwertung meiner vielen Patente begründet. Dieselbe besteht schon ¼ Jahr in Berlin (früher Steffen und Nölle, Schiffbauerdamm, mit denen ich mich soziiert habe). Ich beschäftige vorläufig zehn Arbeiter, welche 75 Pf. Stundenlohn kriegen.

Ich verlange von dem Gericht, welches mich verurteilt hat, eine Entschädigung von 2 M. pro Stunde, die ich nach den Berliner Tarifverhältnissen als Monteur, Vorarbeiter und Kunstschmied zu fordern habe, 25 % Zuschlag und das Fahrgeld von Essen nach Berlin III. Kl., 20 M. und 20 M. Entschädigung. Ich will nur Papier und Tinte haben zum Schreiben, dann muß ich morgen gleich frei kommen.

Wieviel Automobile haben Sie? 100 Stück.

Wieviel Männer schmeißen Sie hin? 10—15.

Sind Sie glücklich? Ja, bloß die Freiheit fehlt mir.

Sind Sie gesund? Wenn ich noch alle Tage 300 Pfund drücken kann, dann bin ich noch ein kräftiger Kerl. Habe schwere dänische Pferde unter den Bauch gefaßt und hochgehoben, habe Elefanten am Gerüst hoch gehoben.

Wie groß sind Sie? 1,76 m, nicht größer als andere Menschen. Gesünder bin ich. Gehirn ist gut, ausgezeichnet sogar, es hat schon mancher Doktor gesagt, um die Gedanken, die der hat, ist er zu beneiden. Bin Preisrichter gewesen als Athlet. Es kommt nicht auf die Muskeln an, sondern nur auf den Griff, wie man den Mann faßt. (Macht die entsprechenden Bewegungen und Handgriffe.)

Wieviele Automobile schenken Sie mir? 10 Stück. Ist ja doch nur 10 Minuten Arbeit. In 10 Minuten wird eins fertig. gemacht. Wird nur die Luft reingelassen und dann der Zement reingemacht, dann ist es fertig.

Im Laufe der Behandlung war der Kranke außer Bett. Er wurde erregter und versuchte auch einmal, die Wärter in einer Zelle einzuschließen und zu entfliehen. Als er wieder dauernd in Bettruhe gehalten wurde, war er gleichmäßig zufrieden und zugänglich. Er machte auch Zeichnungen von den Luftschiffen, die er erfunden hatte, zum Teil ganz gut. Einige schwarze Flecken an der Wand bezeichnete er als Lungen-

substanz, die er ausgehustet; er müsse deshalb nach der Lungenheilstätte.

Wir sehen also hier, daß anscheinend zwar hypochondrische Ideen bestehen, aber sie sind nicht so aufzufassen. Der Kranke erzählt sie mit dem vergnügtesten Gesicht und renommiert nur mit seiner ausgehusteten Lunge; es wäre ganz verfehlt, wollte man aus solchen hingeworfenen Renommistereien etwa schließen, daß der Kranke Schmerzsensationen in der Lunge habe.

Der rechte Patellarreflex erlosch bald ganz. Die Pupillen reagierten träge, dagegen war das Silbenstolpern nie recht deutlich, auch die Sprache war nicht vibrierend, sondern tadellos. Der Gesichtsausdruck des Kranken war ein attenter und erinnerte durchaus nicht an einen Paralytiker.

Rechenaufgaben und andere Probleme löste er recht gut. Für die sinnlosen Größenideen des zweiten Falles hatte er eine tadellose Einsicht, er behauptete, es sei alles Schwindel, es sei unmöglich, nur seine eigenen Größenideen hielt er nicht für Unsinn. Ebenso bezeichnete der Fall 2 die Größenideen des Patienten als Unsinn, als Schwindel. Es war sehr reizvoll, zu beobachten, wenn die beiden Kranken sich miteinander unterhielten, wie sie sich durch Erzählung ihrer Größenideen immer mehr in das Phantastische hineinsteigerten und nachher sich gegenseitig Schwindler und Windbeutel schimpften.

Wie etwa ein Paranoiker für die Wahnideen anderer ein ganz richtiges Urteil hat und solche Leute als geisteskrank bezeichnet, sogar solche Wahnideen, die er selbst hat, bei andern verdammt, nur für seine eigenen Wahnideen absolut keine Einsicht zeigt, so verhält sich auch der Paralytiker. Bei der Paranoia ist nicht etwa die Intelligenz schlechthin betroffen, sondern es handelt sich um die Erkrankung eines bestimmten Bewußtseinsgebietes, so daß der Kranke nur bezüglich ganz bestimmter Vorstellungskomplexe, hinsichtlich der Beurteilung seiner Persönlichkeit, so „dement" erscheint.

Der letzte Fall hatte eine wirklich gute Schulbildung, eine außergewöhnliche Intelligenz — und solch ein Mann behauptet, er könne ein Automobil in 10 Minuten bauen! Das sind schwer verständliche Widersprüche.

Ich habe ferner bei zwei Paralytikern versucht, die Darmfäulnis zu vermindern durch Darreichung von 0,1 g Calomel viermal täglich,

zwei hohen Einläufen, morgens und abends, und fast ausschließlicher Brotnahrung, nur etwas süßer Tee wurde noch gegeben. Die beiden Leute hatten starke Größenideen entwickelt, und es war auffällig, wie ruhig und deprimiert sie beide am ersten Tage dalagen, von Größenideen war überhaupt nichts mehr zu erfahren. Erst in den späteren Tagen traten diese trotz gleicher Ernährung doch wieder auf. Es ist wahrscheinlich, daß die plötzliche Herabstimmung durch energische Laxation die ganze Euphorie stark beeinträchtigt hat, späterhin war Gewöhnung eingetreten; jedenfalls waren die Kranken am dritten oder vierten Tag nicht mehr so hinfällig.

Verschiedene manische Kranke habe ich daraufhin befragt, ob sie etwa sich körperlich besonders wohl fühlten, ich erhielt von ihnen zur Antwort, daß sie sich so frei, so leicht fühlten, es sei ihnen so leicht ums Herz. Bei einigen Manischen mit Größenideen habe ich besonders ausgesprochen diese somatopsychische Desorientierung vorgefunden. Es würde mich zu weit führen, wenn ich die Symptomatologie der Manie eingehend besprechen wollte.

Zusammenfassung. — Wir sehen, daß die Demenz sicher nicht wesentlich ist für das Zustandekommen der Größenideen. Wenn sie, wie häufig, sich mit ihnen zusammen findet, so führt sie doch nicht als solche zu Größenideen, denn es gibt manche sehr demente Paralytiker ohne irgendwelche Größenvorstellungen.

Andererseits ist diese eigentümliche somatopsychische Desorientierung, wenigstens bei den erwähnten Fällen, sehr wohl als Hauptbedingung für die Größenideen zu betrachten. Dieses abnorme Kraftgefühl, vielleicht auch der Mangel an unangenehmen physiologischen Sensationen, die uns ja immer zum Maßhalten in dem Gebrauch unserer Kräfte zwingen (Anstrengungs- und Müdigkeitsempfindungen), wird wahrscheinlich in krankhafter Weise verarbeitet. Es mag eine Hypersensibilität der Rindenpartien, wo die Sensationen und Organempfindungen lokalisiert zu denken sind, bestehen, es mag ferner, wie dies besonders beim Paralytiker auch im Stoffwechsel so klar zutage tritt, die Labilität des Gehirns sich in der Reaktion auf periphere Reize demonstrieren.

Wenn uns solch ein Kranker mit Größenideen nichts über Sensationen erzählt, so darf nicht einfach gefolgert werden, daß er sie nicht habe. Wir beobachten ja bei Geisteskranken häufig, daß sie

über sich selbst gar nicht Bescheid wissen, daß sie ganz ratlos sind, daß sie ihren eigenen Zustand gar nicht beurteilen können. Ein Kranker mit einer Angstneurose klagte mir lebhaft über Angst; als er nun direkt psychotisch wurde und dabei einen schwer ängstlichen Gesichtsausdruck hatte, da stellte er durchaus in Abrede, daß er überhaupt Angst habe.

Selbstverständlich ist die frühere Tätigkeit des Paralytikers, sein früherer Gedankenkreis, auch von Einfluß auf die Art der Größenideen. Ob es wirklich frühere Enttäuschungen und unerfüllte Träume sind, die sich jetzt ungehemmt Bahn brechen?

Wir haben bei den erwähnten Fällen eine körperliche Desorientierung, ein hypochondrisches Glücksgefühl, eine Steigerung der Organempfindungen ins Pathologische als Grundlage des Größenwahns kennen gelernt. Es fragt sich, woher diese abnormen Organempfindungen kommen. Wir können uns vorstellen, daß ein labiles Gehirn, wie es der Paralytiker hat, in ganz anderer Weise auf periphere Reize reagiert, als das gesunde Gehirn des Tabikers, und daß so auch einmal die peripher entstehenden krankhaften Sensationen aus dem Sympathicusgebiete eine Rolle spielen können bei den hypochondrischen Sensationen.

Der Paranoiker, der ja auch oft an Sensationen leidet, bezieht diese auf andere Menschen. Der Paralytiker aber verwertet seine Sensationen autopsychisch. Es wäre zu untersuchen, ob diese Verschiedenheit der „Wahnbildung" auf der Art der Sensationen beruht oder durch die verschiedenartige Erkrankung des Gehirns bedingt wird; das letztere scheint wahrscheinlicher zu sein.

Es ist das Stirnhirn, das bei der progressiven Paralyse hauptsächlich betroffen wird, und in diesem müssen wir auch mit großer Wahrscheinlichkeit die wesentlichen Bestandteile des anatomischen Substrates des Bewußtseins der Körperlichkeit suchen.

Diese Annahme ist zurzeit von *Kleist*[1]) näher begründet worden. Er führt die vorliegenden Daten für dies und jenes an und hebt als besonders wichtig hervor, daß die dem Großhirn vom Kleinhirn her zufließenden Erregungen ebenfalls ihren Weg zur Stirnhirnrinde neh-

[1]) Untersuchungen zur Kenntnis der psychomotorischen Bewegungsstörungen bei Geisteskranken. Leipzig, Verlag von Klinckhardt 1908.

men, und daß gerade diese für das Bewußtsein der Körperlichkeit von großer Bedeutung sein müssen. Bezüglich der Einzelheiten sei auf die Arbeit von *Kleist* hingewiesen.

Auch bei Hebephrenen, bei denen ja häufig krankhafte Organempfindungen auftreten (und ebenso auch Größenideen) muß man darnach eine Stirnhirnerkrankung annehmen. In dieser Beziehung ist interessant, daß die Hebephrenen auch im Stoffwechsel Analogien mit dem Paralytiker zeigen, beide Erkrankungen neigen zu zeitweise starken Retentionen von Stickstoff und zu schweren Störungen der Wasserbilanz, beide Erkrankungen zeigen auch häufig vasomotorische Reiz- und Lähmungserscheinungen. Es ist sicher nicht richtig, wenn man etwa die vasomotorischen Psychosen als besondere Gruppe abtrennen will: sogar bei einem und demselben Kranken trifft man hier große Schwankungen, man denke nur an die Epileptiker. Es scheinen aber vasomotorische Begleiterscheinungen, wie sie besonders bei den autochthonen Ideen von *Wernicke* beschrieben sind, bei manchen Krankheitsphasen aufzutreten; ich erinnere hier an die autochthonen Ideen der Epileptiker, wo die Kranken oft mit hochrotem Gesicht phantastische Größenideen produzieren.

Es können auch Muskelsensationen zu Größenideen führen, wie sie besonders bei den hyperkinetischen Hebephrenen auftreten, die — vielleicht infolge von Ausbleiben physiologischer Ermüdungserscheinungen — angeben, es sei ihnen so frei ums Herz, sie seien so leicht, daß sie fliegen könnten usw. Und dann erzählen sie weiter, sie seien der Sohn Gottes, Abgesandte des Himmels usw. Vielleicht ist es sogar die Ratlosigkeit gegenüber solch einem ungewohnten Körperbewußtsein, welches die Geisteskranken zum Größenwahn führt.

Es ist oft der Kontrast betont worden zwischen den gewaltigen Ambitionen der Paralytiker und ihren tatsächlichen Verhältnissen: als Kaiser liegen sie in einfachen Betten und essen gewöhnliche Hausmannskost. Wir sehen, daß den Kranken meist das zum Teil stereotype Vorbringen ihrer Größenideen als Ausfluß ihres hypochondrischen Glücksgefühls genügt. Ich erinnere an die Tatsache, daß Menschen, die eine große Freude erfahren haben, ihr Glück allen Möglichen erzählen müssen.

Wenn nun sogar solche Kranke schimpfend und mißmutig ihre Größenideen produzieren, so dürfen wir nicht etwa annehmen, daß

sie ohne körperliches Wohlgefühl seien. Ein solches kann ganz gut neben bzw. im Hintergrunde hinter anderen, auch manchmal peinlichen Körperlichkeitsempfindungen bestehen.

Wir haben also bei einigen Fällen von progressiver Paralyse mit Größenwahn vor allen Dingen eine somatopsychische Desorientierung konstatiert: ein pathologisch gesteigertes Glücks- und Kraftgefühl, das die daran Leidenden Größenideen zu produzieren zwingt.

# Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

## Forensisch-psychiatrische Vereinigung zu Dresden.

### 5. Sitzung des Winterhalbjahres 1907/8 am 30. März 1908.

Herr Landgerichtsdirektor Dr. *Becker*-Dresden: Einige Bemerkungen zum Entwurf eines Gesetzes über die Fürsorgeerziehung im Königreich Sachsen. — Die elterliche Erziehungsgewalt gibt das Recht und die Pflicht, in einer den Interessen, den Fähigkeiten und den sonstigen Verhältnissen des Kindes entsprechenden Weise für dessen körperliche, geistige und sittliche Ausbildung zu sorgen. Jede gesetzliche Entziehung dieses Rechts muß mit ihrer Abweichung von der natürlichen Ordnung der Dinge auf diejenigen Fälle beschränkt bleiben, wo sie durch zwingende Gründe geboten erscheint. Was zwingend sei, wird allerdings Ethik und soziales Gewissen, die hier allein die Abweichung von der natürlichen Norm rechtfertigen können, stets verschieden beantworten. Zweierlei wird man aber bei jeder zwangsweisen Beseitigung der natürlichen Träger elterlicher Gewalt stets im Auge zu behalten haben. Insoweit sie in Rechte eingreift, die das einfachste Verstehen und Begreifen gibt und fordert, wirkt die Zwangserziehung als die Expropriation, die Enteignung auf einem Gebiete, auf dem jede gewaltsame Besitzentsetzung durch Naturrecht ausgeschlossen gelten sollte. Insofern aber die Zwangserziehung auf die Abnahme von Pflichten hinauskommt, die in ihrer Begriffsnotwendigkeit den Ausgangspunkt aller menschlichen und kulturellen Entwicklung bilden, wird ihre Verallgemeinerung und Erleichterung leicht die Grundpfeiler unserer gesellschaftlichen Ordnung erschüttern, die in dem Familienverband die ersten Elemente jeder staatlichen Organisation erblickt.

Die Zwangserziehung wird und muß daher stets ein Notbehelf bleiben.

Unbeschadet der Vorschriften in §§ 55, 56, 362 StGB. beschränkt das Reichsrecht die Landesgesetzgebung in Ansehung der Regulierung der Zwangserziehung ausschließlich durch den Art. 135 des Einführungsgesetzes zum BGB., und zwar auch hier nur insoweit, als es sich um

Zwangserziehung im engeren Sinne, d. h. um diejenige Zwangserziehung handelt, die eintritt

a) gegen den Willen des Erziehungsberechtigten,
b) unter öffentlicher Aufsicht durch die staatliche oder kommunale Verwaltung.

Sachsen hatte bisher, anders wie die 26 übrigen Bundesstaaten, noch keine durchgreifende gesetzliche Regelung der Zwangserziehung für Minderjährige, die es in seinem jetzigen Entwurf nach dem Vorgang Preußens „Fürsorgeerziehung" nennt. Man war auf die Armenordnung verwiesen, die anders als z. B. in Preußen auch die Kindererziehung zum Gegenstand der Armenpflege macht. Außerdem bietet das Volksschulgesetz die Möglichkeit, unter bestimmten beschränkten Voraussetzungen schulpflichtige Kinder der Zwangserziehung zu überweisen.

Der jetzige Entwurf eines Fürsorgegesetzes bringt mit einigen nicht unwesentlichen Veränderungen dasjenige, was der bereits 1901-02 vorgelegte, aber nicht zur Durchberatung genommene Entwurf vorgeschlagen hat. Auch dieses Mal ist Preußen, wenn schon nicht in dem früheren Umfang, vorbildlich geblieben. Der Vortrag bezieht nur die Besprechungen einiger Punkte, die vor allem vom richterlichen und ärztlichen Standpunkte angeregt werden möchten.

1. Mit der Beschränkung der Fürsorgeerziehung zur Verhütung sittlicher Verwahrlosung wird man sich wohl einverstanden erklären müssen. Wollte man schlechthin, wie es Preußen tut, bloße körperliche oder geistige Verwahrlosung genügen lassen, so würde damit dem Gesetze eine Verallgemeinerung gegeben sein, die die ganze Institution gefährden kann. Insoweit verdient das badische Gesetz, dem der Entwurf folgt, den Vorzug. Aber man wird den Beweis eingetretener sittlicher Verwahrlosung wesentlich erleichtern und ihn jedenfalls da als erbracht bezeichnen müssen, wo die Voraussetzungen der §§ 1666, 1838 BGB. oder des § 55 StGB. gegeben sind. Liegt derartig gekennzeichnete geistige oder körperliche Verwahrlosung vor, so wird regelmäßig auch der Kausalitätszusammenhang im Sinne sittlicher Verwahrlosung angenommen werden dürfen. Eine derartige Umgestaltung der Beweisfrage dürfte aber um deswillen besonders warm empfohlen werden, da es vor allem darauf ankommt, rechtzeitig und nicht erst dann mit der Fürsorgeerziehung einzusetzen, wenn sie wegen des Grades bereits eingetretener sittlicher Verwahrlosung besonderen Schwierigkeiten begegnet.

2. Durch die Erleichterung der Beweisfrage würde dann auch die Unterbringung Minderjähriger als Gegenstand der Armenpflege gewiß zugunsten von Einrichtungen eingeengt werden, die auf einem sozial höheren Niveau als jene stehen.

3. Zu begrüßen ist es, daß der Entwurf anders wie in Preußen die Fürsorgeerziehung nicht schlechthin nur als subsidiäre Maß-

regel und nur dann zuläßt, wenn alle anderen zu diesem Zwecke etwa gegebenen Mittel erschöpft sind.

4. Zweifelhaft kann es sein, ob der Entwurf das Richtige getroffen hat, wenn er die Fürsorgeerziehung in der Regel auf Minderjährige bis zum vollendeten 16. Lebensjahr beschränkt. Sicher ist zwar, daß eine in späteren Lebensjahren einsetzende Sittenpädagogik zumeist weniger aussichtsreich erscheint und daher die Fürsorgeerziehung durch generelle Übernahme derartiger schwer umbildungsfähiger Elemente leicht gefährdet werden kann. Aber angesichts der Tatsache, daß die kriminell gewordene, sittlich entartete Jugend nach § 56 StGB. noch der Fürsorgeerziehung überwiesen werden kann, möchte man konsequenterweise dies auch dort zugestehen, wo bisher nur die Besorgnis krimineller Betätigung, und zwar gleichfalls auf der Basis sittlicher Entartung, gegeben ist. Zudem kommt, daß die Fürsorgeerziehung nach dem Entwurf grundsätzlich bis zur erreichten Volljährigkeit ausgedehnt werden soll. Damit ist aber eine hinreichende Dauer der Erziehung auch in denjenigen Fällen gesichert, wo sie erst nach dem 16. Lebensjahr einsetzt.

5. Es muß verlangt werden, daß auch die Anstaltserziehung einen mehr familiären Charakter erhält, unter Zuziehung von Frauen. Auch muß der begriffliche Unterschied zwischen Erziehungsanstalt und Besserungsanstalt festgelegt werden, und zwar nach dem Grade der drohenden bzw. bereits eingetretenen Entartung. Letzteres schon um deswillen, um die Gefahren wenigstens einigermaßen zu beseitigen, die durch besonders entartete Zöglinge den übrigen Insassen gebracht werden. Diese Gefahren sind aber in großen Anstalten derartige, daß sie nicht selten den ganzen Zweck vereiteln. Man denke nur an die Unzucht, die sich nachts auf einem Schlafsaal abspielen kann, der von 60—80 unbeaufsichtigten, in der Pubertätsentwicklung stehenden, sittlich nicht mehr intakten Knaben bewohnt wird.

6. Weiter muß verlangt werden, daß bei aller Fürsorgeerziehung ärztliche Beobachtung und Behandlung auf psychiatrischer Grundlage angeordnet sei. Die Wahrnehmungen von Dr. *Siefert*, als leitendem Arzt der Beobachtungsabteilung für geisteskranke Gefangene in Halle a. S., erscheinen hier beweiskräftig genug. Werden sie doch auch durch die Alltagserfahrungen bestätigt.

7. Wenn der Entwurf, wie auch in anderen Bundesstaaten und konform der bisherigen reichsgesetzlichen Regelung (§ 56 StGB.), dem Vormundschaftsrichter nur den Beschluß zuweist, daß eine Fürsorgeerziehung stattfinden solle, die Bestimmung der konkreten Form der Fürsorgeerziehung aber der Verwaltungsbehörde überträgt, so muß eine derartige Doppelteilung den Richter in schwere Gewissensnot bringen Denn die verschiedenen Formen der Fürsorgemaßregeln, Familienerziehung. Erziehungsanstalt, Besserungsanstalt sind doch nichts Gleichwertiges.

Die Verfügung des Richters bezielt aber doch mit der Entziehung des Kindes aus seinen bisherigen Verhältnissen zugleich dessen Erziehung. Es muß ihm daher auch die Wahl überlassen bleiben. Wenn man jetzt überall dem Schlagwort der „Weltfremdheit" des Richters begegnet und darunter Vorgänge versteht, bei denen der Richter in Unkenntnis realer Wirklichkeit handelt, so wird ihm diese Weltfremdheit vom Gesetzgeber aufgezwungen. Dies in einem Augenblick, wo er ein Menschenschicksal recht eigentlich in die Hand nimmt.

8. Die Beschleunigung des Verfahrens, die mit der Einheitlichkeit des Fürsorgeerziehungs-Beschlusses zu erwarten wäre, würde auch dadurch gefördert werden können, daß überall der Stadtrat bzw. der Amtshauptmann die Ausführungsbehörde abgäbe und nicht der jetzt hierfür gedachte Bezirksausschuß. Erwünscht wäre solchenfalls im Rahmen des jeweiligen größeren Bezirksverbandes, dem die gemeinsame Kostenpflicht der Fürsorgeerziehung zufällt, die Bildung eines Erziehungsamtes, dem auch der Vormundschaftsrichter und die Anstaltsleiter des betreffenden Bezirks anzugliedern wären.

9. Hinsichtlich der Kosten, von denen bei Armut des Zöglings und seiner Unterhaltungspflichtigen der Kommunalverband ½, der Ortsarmenverband ¼ und der Staat ¼ nach dem Entwurfe tragen soll, müßte eine stärkere Beteiligung des Staates angeordnet werden. Hat er doch, wie auch die Motive anerkennen, wesentlich pekuniäre Vorteile von einer straffen Durchführung der Fürsorgeerziehung. Seine Leistungen auf dem Gebiete des Gefängniswesens, der Korrektionsanstalten, des Landarmenfonds werden sich nicht unerheblich mindern. Auch ist es gewiß in erster Linie Pflicht des Staates, die Kosten einer Sozialpolitik zu tragen, die in der Herabdrückung krimineller Schädigung seiner Untertanen ihr eigentliches Ziel sieht.

10. Wenn schon der Armenverband auch bei der eigentlichen Fürsorgeerziehung einen Teil der Kosten zu tragen hat, beseitigt der Entwurf das Odium des Almosenempfanges doch nur in denjenigen Fällen, wo die Verhütung sittlicher Verwahrlosung in Frage steht. Macht leibliche Verwahrlosung oder bloße Armut das Eintreten des Armenverbandes notwendig, so soll die Unterstützung nach wie vor unter den Gesichtspunkt der Armenpflege gebracht und mit dem Verluste staatsbürgerlicher Rechte belegt werden. Damit würde gewissenlosen Eltern der Ausweg nahegelegt sein, ihre Kinder sittlich verwahrlosen zu lassen, um auf diese Weise die Wirkungen eines Almosenempfanges zu beseitigen. Will man aber die Verhütung sittlicher Verwahrlosung der heranwachsenden Generationen als soziale Pflicht der Allgemeinheit betrachtet wissen, so darf man nicht bei Bekämpfung derjenigen Vorgänge, die wie die Armut und körperliche und geistige Gefährdung den eigentlichen Nährboden für jene Entartung abgeben, sein Tun nach wie vor aus dem Gesichtspunkt des Almosens rechtfertigen wollen. Es muß daher verlangt werden,

daß alle Aufwendungen für die Erziehung Minderjähriger in keiner Weise als Armenunterstützung gelten.

11. Empfohlen muß auch werden, durch pekuniäre Unterstützung privater Anstalten die freiwillige charitative Liebestätigkeit auf dem Gebiete des Erziehungswesens unter öffentlicher Aufsicht zu fördern. Die Unterstützung derartiger Unternehmungen durch öffentliche Mittel vervielfacht nur die hilfsbereiten Kräfte unter gleichzeitiger Minderung fiskalischer Kostenlast. Auch schafft sie die Möglichkeit größerer Individualisierung des ganzen Rettungswerkes und erleichtert die Durchführung ärztlicher Behandlungsprinzipien.

12. Ein weiterer günstiger Erfolg ließe sich auch von einem planmäßigen Gebrauch des in Sachsen der Krone zustehenden Abolitionsrechtes erhoffen. Die „Jugendgerichte" können hier nicht die erforderliche Abhilfe schaffen. Denn sie beseitigen nicht die Gefahren der Hauptverhandlung und der Öffentlichkeit für den Minderjährigen. Auch nehmen sie ihm nicht die Tatsache der Vorbestrafung und der Aufnahme ins Strafregister ab, die das Leben mit einem Makel bewerfen, ehe es zu seiner Entfaltung und Betätigung gekommen ist. Um deswillen müßte die Staatsanwaltschaft instruktionell angewiesen werden, bei Minderjährigen wenigstens bis zum 16. Lebensjahre im Falle ihrer Kriminalität vor der Anklageerhebung die Herbeiführung öffentlicher Fürsorgeerziehung anzustreben. Im Falle ihrer Erlangung müßte dann die Sache ebenso wie in den Fällen „bedingter Begnadigung", dem Justizministerium zur Entschließung der Krone wegen der Niederschlagung des Strafverfahrens einberichtet werden.

13. Als zulässig müßte es auch, wie es von der preußischen Praxis verlangt worden ist, bezeichnet werden, daß der Vormundschaftsrichter, ähnlich wie in Eheprozessen nach § 620 ZPO. und bei Entmündigung wegen Trunksucht, seinen Beschluß über die Fürsorgeerziehung aussetzen kann. Damit wird vielfach dem Erziehungspflichtigen wie dem Minderjährigen ohne weiteres staatliches Einschreiten die Notwendigkeit einer Umkehr eindringlicher vor Augen geführt werden.

14. Erwünscht ist es endlich, daß alle diejenigen Bestimmungen früherer Gesetze, deren Beibehaltung gedacht ist, in das Fürsorgegesetz selbst mit aufgenommen werden.

In der folgenden Diskussion dankt Herr Amtsgerichtsrat Dr. *Ginsberg*-Dresden dem Redner und teilt einen Brief des Herrn Geheimrat Dr. *Weber*-Sonnenstein mit. Dieser schreibt: Da es sich hierbei zu einem nicht geringen Prozentsatz um Kinder handele, bei denen die sittliche Minderwertigkeit im engsten Zusammenhange mit degenerativer Entwicklung auf intellektuellem und gemütlichem Gebiete stehe, so sei es schwer verständlich, wie dieses Moment in dem Entwurf habe übersehen werden können und ärztliche Mitwirkung völlig ausgeschaltet geblieben sei.

Herr *Ganser* beleuchtet mit statistischen Zahlen die Kriminalität der Jugendlichen, die den Gedanken der gesetzlichen Fürsorgeerziehung angeregt habe. Die Ursache der „sittlichen Verwahrlosung", die in diesen Zahlen zutage trete, erblicke der deutsche Gesetzgeber in mangelnder oder schlechter Erziehung. Diese Auffassung sei einseitig, unrichtig und in ihren praktischen Folgen irreführend.

Als Ursachen des sittlichen Tiefstandes der Jugendlichen seien äußere und innere Einflüsse zu erkennen; in vielen Fällen wirkten beide zusammen. Über die äußeren Einflüsse, die man in der Hauptsache als Wirkungen des Milieus bezeichne, herrsche im allgemeinen Klarheit; ihnen werde begegnet durch Versetzung des Fürsorgezöglings aus unsittlicher Atmosphäre in reine Verhältnisse, durch Ausschaltung schlechter, zur Kriminalität hinleitender Einflüsse und Einführung guter, die sittlichen Kräfte entwickelnder Erziehung. Zu den äußeren Ursachen der Kriminalität gehöre auch die körperliche Verwahrlosung, auch wenn sie nicht, wie meist, mit der sittlichen verbunden sei. Hunger, Mangel der körperlichen Pflege, Überbürdung mit Arbeit, Vorenthaltung des nötigen Schlafes, frühzeitige Gewöhnung an Schnapsgenuß und dergleichen, das seien Einflüsse, die zwar in erster Linie die körperliche Entwicklung niederhielten, mittelbar aber auch die seelischen Kräfte, vor allem auch das moralische Gefühl zur Verkümmerung verurteilten. Bei der Abhängigkeit körperlicher und seelischer Funktionen voneinander seien körperliche, geistige und sittliche Verwahrlosung untrennbar miteinander verbunden. Es sei also auch die körperliche Verwahrlosung als Voraussetzung der gesetzlichen Fürsorgeerziehung anzuerkennen.

Viel schwieriger sei es, den inneren Ursachen der Kriminalität der Jugendlichen beizukommen. Sie seien entweder in der Anlage ursprünglich begründet oder, was in der Wirkung auf dasselbe hinauskomme, frühzeitig erworben und zu einem festen Bestandteile der Anlage geworden. Es handle sich da einmal um ausgesprochene Psychosen und schwere Neurosen, vor allem aber um die verschiedensten Formen des Schwachsinns, das alles vorzugsweise auf degenerativer Grundlage infolge von Keimschädigung durch alkoholistische, syphilitische oder sonst konstitutionell kranke Erzeuger. Eine Reihe gründlicher Untersuchungen psychiatrischer Forscher (*Mönkemoeller*, *Dannemann*, *Tippel*, *Laquer*, *Cramer* u. a.) hätten den unwiderleglichen Beweis dafür erbracht, daß unter den Fürsorgezöglingen sich eine große Zahl psychopathischer, hauptsächlich schwachsinniger Individuen befinde. Zahlreiche Beobachtungen Jugendlicher, die im Laufe der letzten zehn Jahre der Dresdener Heil- und Pflegeanstalt zugeführt worden seien, ständen hiermit in Einklang; die intellektuelle Schwäche sei nicht immer das hervorstechendste Symptom, trete vielmehr oft zurück hinter der krankhaften Gemütsstumpfheit. Besonders lehrreich seien die Untersuchungen von *Cramer*, der bei sehr mäßigen Anforderungen an die Intelligenz unter den sämtlichen

Fürsorgezöglingen der Anstalten Hannovers nur 37 % Normale gegen 63 % Minderwertige gefunden, nur 39 % für die Fürsorgeerziehung geeignet, 40 % nicht geeignet, 21 % besserungsfähig erachtet habe. Alle Untersucher betonten die hohe Zahl der Schwachsinnigen und die Schwierigkeit, ihren Zustand zu erkennen und richtig zu beurteilen.

Angesichts dieser Tatsachen dränge sich die Forderung geradezu auf, der Fürsorgeerziehung die Mitwirkung des Psychiaters zu sichern, und zwar in allen Stadien. In der Tat sei diese Forderung von allen Psychiatern erhoben worden, die in der Frage zu Wort gekommen seien. Wenn möglich, schon vor der Überweisung in die Fürsorge müsse eine psychiatrische Begutachtung erfolgen. Ausgesprochene Psychosen und schwere Neurosen würden dann ohne weiteres ausgeschlossen und einer Krankenbehandlung überwiesen werden. Bei vielen Schwachsinnigen genüge eine einmalige Untersuchung nicht; sie müßten Beobachtungsabteilungen zugeführt werden, wo ihr Zustand psychiatrisch festgestellt und die Frage beantwortet werde, ob sie einer Krankenanstalt, der Familienerziehung oder einer Erziehungsanstalt zu überweisen seien; auch die letzteren müßten von psychiatrischem Geiste durchweht sein, der für die Erziehung der Minderwertigen maßgebend bleiben müsse.

Herr Oberjustizrat Dr. *Bermann*-Dresden rät zur Beschränkung in den Wünschen, da der Entwurf bereits von der Deputation genehmigt sei. Es sei nicht zu wünschen, daß die „körperliche Verwahrlosung" keine Berücksichtigung im Gesetze fände. Es sei den Ständen gegenüber vielmehr geradezu zu verlangen, da körperliche und sittliche Verwahrlosung so oft Hand in Hand gingen. Nach dem Entwurf sei es dem Ermessen des Richters anheimgegeben, eine Person auch jenseits des 16. Lebensjahres in Fürsorgeerziehung zu nehmen. An der Erstreckung bis auf das 18. Lebensjahr sei festzuhalten. Die Unterscheidung zwischen Erziehungs- und Besserungsanstalt könne wegfallen. Es wäre besser, überhaupt nur von Anstalten zu sprechen. Der Ansicht, einen Psychiater zu Rate zu ziehen, könne er nur beipflichten. Ferner müsse der Richter das Kind p e r s ö n l i c h sehen, ehe es in Zwangserziehung käme. Wieweit dann noch Eltern, Schulinspektion, Geistliche, Gemeinde zu hören seien, solle man dem Richter überlassen. Vielleicht würde es oft genügen, wenn der Richter allein das Kind sehen müßte; dieser sei geeignet darauf hinzuweisen, den Arzt nach Möglichkeit zu Rate zu ziehen.

Der Herr Vortragende erwidert, die Fürsorgeerziehung sei beschränkt durch das Reichsgesetz (§ 1666 BGB.) und könne nur angewandt werden „zur Verhütung des völligen sittlichen Verderbens". Die Abgrenzung zwischen sittlicher, körperlicher und geistiger Verwahrlosung würde nicht immer möglich sein. Nach den Erfahrungen in Preußen sei eine Verallgemeinerung nicht wünschenswert. Wo körperliche u n d geistige Verwahrlosung vorliege auf Grund schuldhaften Verhaltens des Vaters subsumiere sie auch meist die sittliche und gäbe die Voraussetzungen zur

Fürsorgeerziehung. Aber nicht jede körperliche oder geistige Verwahrlosung gäbe die Voraussetzung, das brächte uns sonst ins Uferlose. Es sei auch nicht praktisch, die ärztlichen Prinzipien der körperlichen und geistigen Entartung zu sehr zu betonen, da dies auch in der Tat schwankende Begriffe seien. Vor allen Dingen sei der sächsische Gesetzgeber dahin zu drängen, daß er den Arzt zu Rate ziehe, und daß er das ganze Gesetz nicht ohne den Arzt mache, mag er den Begriff der sittlichen Verwahrlosung in seiner Beschränkung so belassen oder nicht.

Herr Anstaltsarzt Dr. *Hofmann*-Bautzen begrüßt die Forderung, daß der Arzt hinzugezogen würde. Die einzige Erziehungsanstalt, welche in Sachsen in Frage käme, sei Bräunsdorf, und es sei bereits vorgesehen, sie auszubauen. Hier sei aber nur ein Arzt im Nebenamte beschäftigt. Man solle also der Staatsregierung anheimgeben, in Bräunsdorf eine Beobachtungsstation einzurichten mit mindestens zwei Psychiatern. Herr *H.* berichtet zur Begründung über seine Erfahrungen auf der Jugendabteilung des Gefängnisses zu Bautzen.

Es werden darauf von anderen Mitgliedern Vorschläge gemacht, wie den Ständen am geeignetsten die Ansicht der Vereinigung kund zu geben sei. Die Vereinigung beschließt darauf, die Vorschläge des Herrn Dr. *Becker* zu empfehlen, und wählt eine Kommission, welche ein Schreiben an die Kammern richten soll, welches das Postulat der Vereinigung enthält. In diese Kommission werden die Herren *Weber, Ganser* und *Becker* mit dem Recht der Kooptation gewählt.

# Kleinere Mitteilungen.

Die 80. Versammlung Deutscher Naturforscher u. Ärzte findet vom 20.—26. Sept. d. J. in Cöln statt. Vorträge, die für die Abteilung für Neurologie und Psychiatrie bestimmt sind, werden bis 10. Mai an Prof. Dr. *Aschaffenburg*, Cöln, Mozartstr. 11, erbeten.

Zur Errichtung von Auskunfts- und Fürsorgestellen für Alkoholkranke hat sich in Berlin ein Komitee gebildet, welches aus folgenden Herren besteht: Geh. Med.-Rat Dr. *Abel*, Geh. Ober-Med.-Rat Dr. *Dietrich*, Kreisarzt Dr. *Dietrich*, Landessyndikus *Gerhardt*, Polizei-Präsident *von Glasenapp*, Stadtrat *Kalisch*, Präsident des Reichsversicherungsamts Dr. *Kaufmann*, Geh. Reg.-Rat Dr. *Klein*, Professor Dr. *George Meyer*, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Moeli*, Stadtrat Dr. *Münsterberg*, Dr. med. *Östreicher*, Geh. Reg.-Rat *Pütter*, Stadtrat *Samter*, Dr. med. *Waldschmidt*, Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. *Wehmer*, Reg.-Rat Dr. *Weymann*, Geh. Reg.-Rat Dr. *Zacher*.

Es wird beabsichtigt, in diesen Stellen unentgeltlich jedermann Auskunft über die Alkoholfrage zu geben, Rat und Beistand demjenigen zu bieten, welcher an sich oder in seiner Umgebung die Folgen des Alkoholmißbrauchs wahrgenommen hat; also in vorbeugender und fürsorgender Weise den Alkoholismus zu bekämpfen.

---

## *Personalnachrichten.*

Dr. *Paul Nitsche*, bisher Ass.-Arzt der Univ.-Klinik München, ist zum Oberarzt der städt. Heil- und Pflegeanstalt zu Dresden gewählt worden.

Dr. *Paul Nörlich*, bisher in Waldheim, ist als Oberarzt und stellvertretender Direktor nach Hochweitzschen,

Dr. *Heinr. Behr*, bisher in Lüneburg, als Oberarzt nach Langenhagen versetzt.

Dr. *Max Kauffmann*, Ass.-Arzt der Psychiatr. Klinik in Halle, hat sich an der dortigen Universität als Privatdozent habilitiert.

Dr. *W. J. König* in Dalldorf ist Geh. Medizinalrat,

Dr. *Paul Kemmler*, Dir. der Heilanstalt Weinsberg, Medizinalrat geworden.

Dr. *Hub. von Grashey*, Geh. Rat in München, hat das Komturkreuz des Verdienstordens der Bayrischen Krone,

Dr. *Aug. Fauser*, San.-Rat in Stuttgart, das Ritterkreuz 1. Kl. des Friedrich-Ordens erhalten.

Dr. *Wilh. Tantzen*, Oberarzt in Langenhagen, und

Dr. *A. Baer*, Geh. Med.-Rat in Berlin, sind gestorben.

# *Unter allen Mitteln,*

welche die **Stuhlfunktion bewirken** und die **Darmtätigkeit regulieren,** nehmen Apoth. **„*Kanoldt's Tamarinden*“** aus **Gotha** den ersten Platz mit ein.

***Namhafte Ärzte*** bestätigen die prompte und sichere Wirkung dieses **Laxativs** in Konfitürenform gegen ***Verstopfung, trägen Stuhl*** und deren Folgen, wie ***Hämorrhoiden, Kongestionen, Leberleiden, Migräne*** usw.

In Schachteln (6 Stück) für 80 Pf., auch **lose** in Kartons à 50 und 100 Stück ***aus fast allen Apotheken zu beziehen.***

**Allein echt, wenn von Apotheker C. Kanoldt Nachfolger in Gotha.**

## Nervöse, körperlich zarte, minderbegabte u. a. leicht abnorme Kinder

beiderlei Geschlechts, welche vorübergehend oder auch andauernd einer Erholung, einer besonderen Schonung oder einer individualisierenden Behandlung in Unterricht, Erziehung oder Körperpflege bedürfen, finden Aufnahme in

## Trüpers Erziehungsheim und Kindersanatorium

auf der **Sophienhöhe** bei **Jena.**

Vorzügliche Lage, 20 Minuten von der Stadt in freier, landschaftlich schöner Umgebung, inmitten eines 6 ha großen Parkes. Sorgfältigste Verpflegung. Moderne hygienische Einrichtungen: **Großer Turn- und heilgymnastischer Saal, heizbares Schwimmbad, Wannen- und Duschenbäder, Luft- und Sonnenbäder. Reformschule** mit 6 aufsteigenden Klassen. Modellier-, Schnitz- und Gartenbauunterricht obligatorische Lehrgegenstände. Abgesondert: **Gartenbauabteilung** für solche, welche auf die Absolvierung einer höheren Schule verzichten müssen. Nervenärztlich beraten durch Geh. Med.-Rat Prof. **Dr. Binswanger.** Behandelnde Ärzte: Prof. **Dr. Giese** als Hausarzt, Privatdozent **Dr. Strohmayer** als Nervenarzt.

Prospekte und nähere Auskunft durch den Besitzer und Direktor **J Trüper.**

## PRIVAT-HEIL-ANSTALT FÜR NERVEN- UND GEMÜTSKRANKE

**WOLTORF (Braunschweig).** Fernsprecher, Amt Peine 288.

**Ruhig gelegene Anstalt mit großem Park in waldreicher Umgebung ∽ Zwei Häuser ∽ Elektrisches Licht ∽ Zentralheizung ∽ Beschränkte Patientenzahl ∽ Aufnahme von Pensionären ∽ Monatspension 150—250 M. — Auskunft und Prospekte durch den leitenden Arzt**

**Dr. ALBER**

früher vieljähriger Assistenzarzt an der psychiatrischen Univ.-Klinik Gießen.

## W. SCHRÖTERS Erziehungsanstalt für geistig Zurückgebliebene

**Oppelstr. 44/44b. DRESDEN-N. Oppelstr. 44/44b.**

Aufnahme von Knaben und Mädchen — auch älteren —, welche infolge ihrer Schwächlichkeit und geringeren Begabung einer besonderen Behandlung in Pflege, Erziehung und Unterricht bedürfen. — Gärtnerei u. Handarbeitsunterricht.

Hausarzt: Nervenarzt **Dr. H. Böhmig,** Konsiliarius Hofrat Dr. **Ganser,** Oberarzt der städt. Heil- u. Pflegeanst. Nähere Auskunft durch den Besitzer u. Leiter **W. Schröter.**

# FERD. STEMLER

Für Reise- und Sommeraufenthalt empfehle:

**Stemler-Zwieback in Originaldosen**

**Mk. 5.50 und Mk. 3.—**

Feinstes Gebäck zu Aufguß-Getränken Milch, Wein etc.
Monate lang haltbar.

**FRIEDRICHSDORF (Taunus).**

# Die Nervenheilanstalt Speichersdorf
## bei Königsberg i. Pr.

liegt in unmittelbarer Nähe der Stadt. **Die Einrichtungen für Bäder, Elektrotherapie etc. entsprechen den modernen Anforderungen.** Die Anstalt, inmitten schöner, alter Parkanlagen und mit elektrischer Beleuchtung, Zentralheizung etc. versehen, ist zur Aufnahme nervöser und gemütsleidender Patienten beiderlei Geschlechts eingerichtet. Mäßige Preise.

**Dr. Steinert,** Chefarzt.

# Kurhaus für Nerven- und Gemütskranke
## von Dr. Richard Fischer
## Neckargemünd bei Heidelberg.

Komfortabel eingerichtete Heilanstalt in schönster Lage des Neckartales, in unmittelbarer Nähe des Waldes, und ausgestattet nach allen Anforderungen der modernen Psychiatrie. — Gegründet 1898.

——— Prospekte frei durch die Direktion. ———

Ich habe meine Tätigkeit in **Bad Nauheim, Parkstr. 22,** wieder aufgenommen.
**Dr. Lilienstein,** Nervenarzt.

GEORG REIMERS VERLAG BERLIN W. 35.

# TUBERKULOSESTUDIEN

von H. BEITZKE, F. DAELS, E. KLEBS,
M. KOCH, J. ORTH, L. RABINOWITSCH.

Mit 16 Tafeln, 3 Textabbildungen und 13 Tabellentafeln. PREIS M. 16.—

Dieses Werk ist auch als Beiheft zum 190. Bande von „Virchows Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin erschienen und durch jede Buchhandlung zu beziehen.

BERN HARD

**DOKUMENTE DES FORTSCHRITTS**
**INTERNATIONALE REVUE**

**MAIHEFT: ARBEITER-KULTUR**

**Einzelheft 1 Mark**

**VERLEGT BEI GEORG REIMER: BERLIN**

# Sanatorium Buchheide

**Finkenwalde b. Stettin.**

Heilanstalt für

**Nervenkranke, Morphinisten, Alkoholiker.**

(Psychosen ausgeschlossen.)

4 Gebäude. **Dr. Colla.**

# Heilstätte für alkoholkranke Männer

**Ellikon a. d. Thur** (Schweiz).

Gegründet 1889 als gemeinnütziges Institut

unter ärztlicher Aufsicht. Bescheidene Pensionspreise. Unbemittelten kann durch den Verein „Sobrietas" (Verband geheilter Pfleglinge von Ellikon) sowie durch einen Spezialfonds der Anstalt Erleichterung der Kosten gewährt werden. **Anfragen** sind zu richten an **J. Bosshardt, Hausvater der Heilstätte in Ellikon a. d. Thur.** Ferner vermitteln Anfragen und sind zu jeder Auskunft über die Anstalt bereit die Herren **Prof. Dr. Bleuler, Burghölzli-Zürich V,** Präsident des Direktionskomitees, und **Direktor Dr. Ris, Rheinau** (Zürich).

# DR. GUDDENSCHE HEILANSTALT PÜTZCHEN

## Privat-Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Gemütskranke beiderlei Geschlechts der gebildeten Stände

### (Entziehungs-Kuren)

**Am Fuße der Ausläufer des rhein. Siebengebirges.**

**Pavillonsystem • Zentralheizung • Elektr. Licht • Pension 240—300 Mk. • Familienanschluß**
**Vermietung von Etagen • Wagen im Hause • Telephon 229 (Amt Bonn) • Drei Ärzte.**

**Dr. C. GUDDEN, konsult. Arzt, Bonn.** **Dr. A. PEIPERS, dirig. Arzt und Besitzer.**

GEORG REIMER VERLAG BERLIN W. 35

# MUTTERSCHAFT
## UND GEISTIGE ARBEIT

Eine psychologische und soziologische Studie.
Auf Grundlage einer internationalen Erhebung mit
Berücksichtigung der geschichtlichen Entwicklung

von **Adele Gerhard** und **Helene Simon**

**Zweite Auflage**

326 Seiten Oktav

PREIS GEHEFTET M. 5.—, GEBUNDEN M. 6.—

# Blankenburg (Harz)

Kuranstalt für Nervenleidende u. Erholungsbedürftige von

San.-Rat Dr. **Müller** u. San.-Rat Dr. **Rehm.**

Gegründet 1862 als die erste ihrer Art. Großer alter Park.
Auch im Winter gut besucht.

# Institut für Zurückgebliebene

**E. Hasenfratz** in **Weinfelden** (Schweiz)

vorzüglich eingerichtet zur Erziehung **körperlich** und **geistig Zurückgebliebener**, sowie **nervöser**, überhaupt **schwer erziehbarer** Knaben und Mädchen. **Individuelle, heilpädagogische** Behandlung und entsprechender Unterricht. Herzliches Familienleben; auf je sechs Kinder eine staatlich geprüfte Lehrkraft.

**Sehr gesunde Lage.** **Erste Referenzen.**

**Bericht** über **15-jährige Tätigkeit** und Prospekt gratis.

VERLAG VON GEORG REIMER BERLIN W. 35.

In meinem Kommissionsverlag erschien:

**DIE HANDSCHRIFTEN DER ANTIKEN ÄRZTE**

Im Auftrage der Akademischen Kommission

herausgegeben von **H. DIELS.**

TEIL I: **HIPPOKRATES UND GALENOS** . . . . . Preis M. 8.—

TEIL II: **DIE ÜBRIGEN GRIECHISCHEN ÄRZTE AUSSER HIPPOKRATES UND GALENOS** . . . . . Preis M. 7.—

Soeben erschien:

**ERSTER NACHTRAG** . . . . . Preis M. 4.—

(Aus den Abhandlungen der Königl. Preuß. Akademie der Wissenschaften vom Jahre 1905—1907.)

# Inhalt.

## Zweites Heft.

### Originalien.

Seite

Beitrag zum Verständnis der psychogenen Zustände. Von Dr. *Risch* . . 171

Über einen Fall von hysterischem Dämmerzustand mit retrograder Amnesie. Von Dr. *Matthies* . . . . . 188

Prüfung der Merkfähigkeit Gesunder und Geisteskranker mit einfachen Zahlen. Von Dr. med. *C. Vieregge* . . . . . 207

Untersuchungen über die sprachliche Komponente der Assoziation. Von med. prakt. *Adolf Eberschweiler* . . . . . 240

Zur Pathologie der Größenideen. Von Privatdozent Dr. *Max Kauffmann* 272

### Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Forensisch-psychiatrische Vereinigung zu Dresden. 5. Sitzung des Winterhalbjahres 1907/8 am 30. März 1908.

*Becker*-Dresden: Einige Bemerkungen zum Entwurf eines Gesetzes über die Fürsorgeerziehung im Königreich Sachsen . . . . . 297

### Kleinere Mitteilungen.

Die 80. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte . . . . . 305

Zur Errichtung von Auskunfts- und Fürsorgestellen für Alkoholkranke . 305

Personalnachrichten . . . . . 305

# ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

# PSYCHIATRIE

UND

## PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

| BONHOEFFER | CRAMER | v. GRASHEY | KREUSER | PELMAN | SCHÜLE |
|---|---|---|---|---|---|
| BRESLAU | GÖTTINGEN | MÜNCHEN | WINNENTAL | BONN | ILLENAU |

DURCH

**HANS LAEHR**

SCHWEIZERHOF

---

FÜNFUNDSECHZIGSTER BAND

DRITTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 29. JULI.

BERLIN

W. 35 LÜTZOWSTRASSE 107-8

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1908

...in Band von 7 Heften (6 Hefte Originalien und 1 Heft Literaturbericht). Preis M. 30.—.

...e eine Beilage der Verlagsbuchhandlungen Gustav Fische... in Jena und Ferdinand Enke in Stuttgart.

***Statt Eisen!*** ***Statt Lebertran!***

# Hæmatogen Hommel

Frei von **Borsäure, Salizylsäure** oder **irgendwelchen** sonstigen antibakteriellen Zusätzen, enthält außer dem völlig reinen Hæmoglobin noch sämtliche Salze des frischen Blutes, **insbesondere auch die wichtigen Phosphorsalze** (Natrium, Kalium und **Lecithin**), sowie die nicht minder bedeutenden Eiweißstoffe des Serums in konzentrierter, gereinigter und **unzersetzter** Form. **Als blutbildendes, organeisenhaltiges, diätetisches Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene** bei Schwächezuständen **irgendwelcher Art** von hohem Werte.

## Besonders unentbehrlich in der Kinderpraxis.

Kann als diätetisches, die tägliche Nahrung ergänzendes Mittel jahraus, jahrein ohne Unterbrechung genommen werden. Da es ein natürliches organisches Produkt ist, treten **niemals** irgendwelche Störungen auf, **insbesondere nicht** der bei längerem Gebrauche von **künstlichen Eisenpräparaten** unvermeidliche **Orgasmus.**

☛ **Große Erfolge** bei **Rachitis, Skrofulose, Anæmie, Frauenkrankheiten, Neurasthenie, Herzschwäche, Malaria, frühzeitiger Schwäche der Männer, Rekonvaleszenz (Pneumonie, Influenza** etc. etc.).

☛ **Vorzüglich wirksam bei Lungenerkrankungen als Kräftigungskur. Sehr angenehmer Geschmack. Wird selbst von Kindern außerordentlich gern genommen. Stark appetitanregend.**

Hæmatogen Hommel zeichnet sich vor seinen Nachahmungen aus durch

**unbegrenzte Haltbarkeit in vieljährig erprobter Tropenfestigkeit und Frostsicherheit, absolute Sicherheit vor Tuberkelbazillen**

gewährleistet durch das mehrfach von uns veröffentlichte, bei höchst zulässiger Temperatur zur Anwendung kommende Verfahren. Diese Sicherheit geht insbesondere den auf kaltem Wege (Äther etc.) dargestellten Präparaten völlig ab.

Um Unterschiebung von Nachahmungen zu vermeiden, bitten wir,

**stets Hæmatogen Hommel zu ordinieren.**

**Tages-Dosen:** **Säuglinge** 1—2 Teelöffel mit der Milch gemischt (Trinktemperatur!), **größere Kinder** 1—2 Kinderlöffel (rein!!), **Erwachsene** 1—2 Eßlöffel täglich vor dem Essen, wegen seiner eigentümlich stark appetitanregenden Wirkung.

Verkauf in Originalflaschen **à 250 g.**

Versuchsquanta stellen wir den Herren Ärzten gern frei und kostenlos zur Verfügung.

**Nicolay & Co.,** Hanau a. Main. Zürich. London, E. C. 36 & 36 a, St. Andrew's Hill. St. Petersburg, Smolenskaja 33.

Vertretung für Nord-Amerika: Lehn & Fink, William Street 120, New York.

# Über das Symptom des „Gedankensichtbarwerdens". [1])

Von

Dr. **Kurt Halbey**, Oberarzt.

Nach *Kraepelin* erhält die Auffassung der Sinnestäuschungen eine bedeutsame Erweiterung durch eine eigenartige Erscheinung, die die Psychiatrie als Doppeldenken bezeichnet hat. Diese Erscheinung dokumentiert sich im wesentlichen in einem sogenannten „Lautwerden" der Gedanken. Im unmittelbaren Anschlusse an eine Vorstellung, die im Kranken auftaucht, stellt sich eine deutliche Gehörswahrnehmung ein, und zwar eine solche, die die Vorstellung oder das gedachte Wort des Kranken in sich schließt, was dann zu den oft gehörten Äußerungen der Kranken führt, daß ihre eigenen Gedanken gesprochen, oder daß sie ihnen „abgezogen" würden. Den Ausdruck des „Gedankenlautwerdens" führt *Klinke* auf *Kraepelin* zurück, der ihn in der dritten Auflage seines Kompendiums zum ersten Male gebraucht hatte.

Durch die Arbeiten von *Cramer* angeregt und im Anschlusse an seine eigenen Veröffentlichungen über „Zwangsreden" berichtet *Klinke* im Archive für Psychiatrie an der Hand zahlreicher Krankheitsgeschichten ausführlich über das Symptom des „Lautwerdens" der Gedanken. Das Material zu seinen Beobachtungen lieferten ihm zum größten Teile frische Krankheitsfälle der Irrenanstalt zu Leubus (Schlesien), zum kleineren Teile alte chronische Fälle, die er in der Anstalt zu Tost beobachtete; während er die erstgenannten Fälle bis zur Heilung oder Entlassung in Pflegeanstalten beobachtete,

[1]) Aus der Provinzialheilanstalt bei Ückermünde (Direktor: Geheimer Sanitätsrat Dr. *Knecht*).

widmete er den chronischen Erkrankungen der Anstalt in ganz besonderem Maße seine Aufmerksamkeit und Beobachtungen in der einschlägigen Richtung.

In den Einleitungsworten zu seiner Arbeit macht *Klinke* mit Recht auf die Schwierigkeit aufmerksam, in dieser Richtung zu verwertbaren Ergebnissen zu gelangen, die sich aus dem bekannten Verhalten der Kranken ergibt, die zwar ganz allgemein von „Stimmenhören" sprechen, aber sehr häufig über Inhalt und Form, so wie über Art und Weise ihrer Täuschungen die Auskunft verweigern, den Arzt immer wieder mit der Erklärung: „— Sie wissen ja schon —" vertrösten, bis etwa ein Erregungszustand die Zunge der Kranken zu detaillierten Schilderungen ihrer Halluzinationen löst.

Ich habe in der hiesigen Anstalt eine eigenartige halluzinatorische Erscheinung beobachtet, bei der unmittelbar im Anschlusse an Vorstellungen oder an gedachte Worte nicht nur Gehörstäuschungen plötzlich in die Erscheinung treten, sondern auch optische Halluzinationen, bei denen die gedachten Worte und Vorstellungen vor dem Kranken geschrieben erscheinen, und zwar einerseits in „deutschen Schriftzeichen" oder andererseits auch in „Gabelsberger Stenographie". Dieses Symptom möchte ich analog dem Symptome des „Gedankenlautwerdens" als das Symptom des „Gedanken sichtbarwerdens" benennen.

Obwohl mir nur ein beobachteter Fall zur Verfügung steht, so rechtfertigt seine Veröffentlichung doch die außerordentliche Seltenheit des Symptomes; ich bin aber der Überzeugung, daß dieses Symptom häufiger zu eruieren ist, wenn eine genaue Beobachtung in dieser Richtung einsetzt. Indessen habe ich in der mir zugänglichen reichen Literatur nichts gefunden, was zu meinem Thema irgendwelchen Bezug hätte, nur habe ich in der Arbeit *Klinkes* beiläufig einen Hinweis gefunden, in der von einem Kranken berichtet wird, bei dem im Anschlusse an eigene Gedanken optische Täuschungen auftraten. Es wird gesagt, daß auch Kombinationen von Gesichtshalluzinationen und „Gedankenlautwerden" oder mit gleichzeitigen entoptischen Erscheinungen auftreten können. Einer der *Klinke*schen Kranken sprach stets von Spinnen, die fortwährend vor seinen Augen in der Luft flögen und seine Gedanken und Worte herumtrügen. *Klinke* vermutet allerdings, daß es sich in diesem Falle um „mouches volantes" handele,

also um ein Symptom, wie es die Augenheilkunde bei Glaskörpertrübungen kennt und beschreibt. Mein Fall zeigt mit dem beiläufig erwähnten Falle *Klinkes* auch insofern eine gewisse Ähnlichkeit, daß der Kranke die sichtbar gewordenen Worte und Gedanken in einem „schwebenden Gewebe" erblickt, das beständig in einer Entfernung von 20 bis 30 cm vor seinen Augen in die Erscheinung tritt. Die Untersuchung der Augen des Kranken hat nichts ergeben, was für entoptische pathologische Veränderungen spricht, wodurch allerdings nicht gesagt sein soll, daß eventuell doch solche Trübungen im Glaskörper vorhanden sind, die aber bekanntlich wegen ihrer Kleinheit der Untersuchung entgehen können. So möchte ich für meinen Fall das Vorhandensein von wirklichen optischen Halluzinationen in der Gestalt „schwebender Gewebe" in Anspruch nehmen, während ich bei tatsächlichem Bestehen von mouches volantes des *Klinke*schen Falles eine illusionäre Umdeutung der entoptischen Erscheinung in Spinnen, die die Worte und Gedanken herumtragen, anzunehmen geneigt bin.

Bevor ich nun die interessante Krankheitsgeschichte mitteile, möchte ich einen kurzen Blick auf die Entstehung des Symptomes des „Laut-werdens" der Gedanken werfen, denn aus der äußeren Ähnlichkeit beider Symptome, des des „Gedankenlautwerdens" und des des „Gedankensichtbarwerdens" ergibt es sich von selbst, daß ich auf die Anschauungen zurückgreife, die über das Entstehen des erstgenannten Symptomes im Umlaufe sind, und die uns auch ermöglichen, über das Entstehen des neuen Symptomes eine Erklärung und einen inneren Zusammenhang zu finden.

Der Vorgang, daß Kranke ihre eigenen Gedanken hören oder annehmen, daß diese mit- oder nachgesprochen werden, daß sie ihnen durch Röhren oder durch physikalische Apparate abgezogen werden, oder daß ferner ein Wesen, zum Beispiele ein böser Geist usw. aus irgendeinem Körperteile spräche, oder weiter, daß wie bei vielen Geisteskranken ihre Gedanken bereits anderen Personen bekannt sind, Erscheinungen, die seit langer Zeit schon als „innere Sprache" oder „Doppeldenken" bezeichnet werden, hat verschiedene Erklärungsversuche gezeitigt. *Klinke* hat allerdings Recht, wenn er sagt, daß bei diesen Versuchen Halluzinationen, Pseudohalluzinationen und illusionäre Vorgänge stellenweise durcheinander geworfen sind.

Es genügt im allgemeinen auf die Anschauungen *Cramers* einzugehen, die er in der Einleitung seiner Studie über die Halluzinationen im Muskelsinne bei Geisteskranken entwickelt, und die sich auf die Hypothese stützen, daß „ein großer Teil der Hirnrinde mit Bewegungsvorstellungen besetzt" sei, durch die er das Entstehen der Halluzinationen erklären will. Es sei nur bemerkt, daß *Wundt* die außerordentliche Kompliziertheit solcher Ableitungen hervorhebt, und daß er auch das Bestreben, „die Schwierigkeiten, die die komplizierten, vielgestaltigen, zusammenfassend als Bewegungsempfindungen bezeichneten Erscheinungen des Gefühlssinnes darbieten, zu vereinfachen und womöglich aus einer Quelle ableiten zu wollen", als ungenügend und nur teilweise das Richtige treffend bezeichnet. Ich will im speziellen nur auf die uns interessierenden Erscheinungen im Muskelsinne des Sprachapparates eingehen, mit denen *Cramer* das „Lautwerden" der Gedanken der Geisteskranken zu deuten und zu erklären versucht hat. Es kommen hier die Bewegungsvorgänge der Muskeln im Sprachapparate in Betracht, die das Symptom erklären sollen. Es scheint sehr fraglich, ob diese Hypothese einwandfrei ist, und die *Strickersche* Auffassung, auf der auch *Cramer* fußt, daß der hervorragendste Anteil bei der Entstehung solcher Vorgänge den Wortbewegungsvorstellungen im Wortapparate zugewiesen werden muß, ist von *Freud* und auch von *Wundt* entschieden zurückgewiesen worden. Letzterer wendet gegen *Stricker* ein, daß durch den von *Stricker* aufgestellten Satz „die Wortvorstellungen sind motorische Vorstellungen" nur der eine Bestandteil in der durch die Vorstellung, die zugehörige Ausdrucksbewegung und den Sprachlaut gebildeten Komplikation hervorgehoben werde (*Klinke*). „In Wahrheit aber sind die Wortvorstellungen immer gleichzeitig akustische und motorische Vorstellungen, wobei dann, wie bei jeder Komplikation, bald der eine, bald der andere Bestandteil überwiegen kann."

Auch *Tigges*, *Goldscheider* und *Moeli* wenden sich gegen die *Cramer*schen Anschauungen. *Goldscheider* bestreitet entschieden, daß Denkvorgänge innerhalb der wortbildenden Zentren vor sich gehen können. „Denken" und „innere Sprache" betont er, seien ganz verschiedene Dinge und voneinander zu trennen, da die Worte nicht mit den Gedanken „identisch", sondern nur als der „Ausdruck des Gedankens" zu betrachten seien.

*Meynert* hingegen erklärt das Symptom des „Gedankenlautwerdens" dadurch, daß die Kranken die Kenntnis der Gedanken durch andere Personen einfach aus dem „Aufsichbeziehen" erschließen, ohne daß sogar direkt Halluzinationen vorliegen, wobei, wie *Neisser* hervorhebt, die krankhafte „Eigenbeziehung" unserer Kranken eine große Rolle spielt, aus zufälligen Geräuschen irgendwelcher Art, aus Vorgängen im Hörapparate oder aus Empfindungen in anderen körperlichen Organen in Verbindung mit wahnhaften Vorstellungen und Gedankenvorgängen auf Mit- und Dazwischenreden usw. schließen läßt. Im übrigen verweise ich auf die am Schlusse aufgestellte Literatur.

*Kandinsky* führt die Erscheinung auf eine gesteigerte Stimminnervation zurück, eine Auffassung, die viel für sich hat, und die den Anschauungen *Kraepelins* am nächsten kommt, jedenfalls nächst dessen Erklärungen am verständlichsten erscheint.

Zu den Erklärungsversuchen *Kandinskys* berichtet *Klinke* in seiner Arbeit über eine Beobachtung am eigenen Körper, als er nach subkutaner Injektion von 1 mg Hyoszin unter Halluzinationen und Illusionen des Gesichtes die Empfindung gehabt hätte, daß seine eigenen Worte überaus laut dröhnten, und daß es ihm selbst oft unklar gewesen sei, ob die gehörten Worte nicht von außerhalb kämen, was *Klinke* so zu erklären versucht, daß unter der durch das Gift hervorgerufenen Trübung des Bewußtseins infolge der durch die erhöhte Stimminnervation bedingten lauten und dröhnenden Sprache ihm plötzlich der sehr beunruhigende Gedanke aufgestiegen sei, es habe eine andere Person die Worte ausgesprochen, und daß dadurch der Klang der Worte verstärkt worden sei. Ein Beweis für die Anschauungen *Kandinskys*.

Immerhin erscheint mir aber die *Kraepelin*sche Erklärung des Phänomens des „Gedankenlautwerdens", die er in einer Arbeit durch *Salomon* festlegen ließ, als die einfachste und verständlichste. *Kraepelin* und *Salomon* deuten das Symptom dahin, daß es als die Folge eines halluzinatorischen Vorganges angesehen werden muß, also im Sinne *Kraepelins* als eine Reperzeption, als eine zentrifugale Erregung des Perzeptionszentrums durch den Vorstellungsreiz. Das betreffende Perzeptionszentrum, zumeist das akustische, befindet sich in einem Reizzustande, und die durch den Denkprozeß in den Apperzeptionszellen entwickelte Tätigkeit, die durch die Assoziationsbahnen auf

das Perzeptionszentrum übertragen wird, sei hinreichend, um hier als Reiz zu wirken; oder wie sich *Kraepelin* selbst in seinem Lehrbuche der Psychiatrie ausdrückt: „zur Erklärung dieser Erscheinung wäre wegen der Halluzinationen eine erhöhte Reizbarkeit der zentralen Sinnesflächen anzunehmen, die sehr wohl unter dem Einflusse der Reperzeption zur fortlaufenden Entstehung von Trugwahrnehmungen führen könnte, die dem in Sprachvorstellungen fortschreitenden Gedankengange inhaltlich Schritt für Schritt folgen".

Auf diese Weise würde sich auch das Symptom des „Gedankensichtbarwerdens" leicht und befriedigend erklären lassen, daß sich eben das Perzeptionszentrum, in unserem Falle nicht das akustische, sondern das optische, in einem gewissen Reizzustande befindet, und daß die durch den Denkprozeß in den Apperzeptionszellen entwickelte Tätigkeit, die durch die Assoziationsbahnen weiter geleitet wird, so stark ist, um im optischen Perzeptionszentrum einen außerordentlich großen Reiz hervorzurufen, der die optischen Trugwahrnehmungen, zusammenfallend mit der Vorstellung oder dem Gedanken, in die Erscheinung treten läßt, daß also wegen der Halluzinationen („schwebende Gewebe"), das heißt unter dem Einflusse der Reperzeptionen die erhöhte Reizbarkeit der zentralen optischen Sinnesfläche zur fortwährenden Entstehung von optischen Trugwahrnehmungen führt, die dem in Sprachvorstellungen fortschreitenden Gedankengange auf dem Fuße, Schritt für Schritt, folgen.

Auch nach der *Kandinsky*schen Auffassung infolge der erhöhten Innervation, in unserem Falle nicht infolge der erhöhten Stimminnervation, sondern einer solchen in der optischen Sphäre durch fortgesetzte Halluzinationen („schwebende Gewebe") könnte das Symptom des „Gedankensichtbarwerdens" in gewissem Sinne erklärt werden.

Durch die *Cramer-Strickers*chen Erklärungsversuche und Hypothesen einer Entstehung derartiger Vorgänge durch Wortbewegungsvorstellungen — in unserem Falle also im Sehapparate durch muskuläre Bewegungsvorstellungen würde die Entstehung des neuen Symptomes des „Gedankensichtbarwerdens" nicht erklärt werden können, und ich darf wohl sagen, daß die Auffindung dieses Symptomes einen weiteren Beweis gegen die *Cramer-Strickers*chen Hypothesen in sich schließt; denn zwischen Gedanken und Sprachapparat könnte man im obigen Sinne theoretisch vielleicht noch einen gewissen

physiologisch-psychologischen Zusammenhang gelten lassen, aber zwischen Augenmuskelvorgängen und Denkprozeß sicherlich nicht im entferntesten.

Krankheitsgeschichte. R. E., stud. phil., geboren am 13. Februar 1883, dessen Großvater an Paralyse gestorben ist, und dessen Eltern Geschwisterkinder waren, hat in der Schule gut gelernt und bestand das Abiturientenexamen unter Befreiung von der mündlichen Prüfung. Beim Militär traten lebhafte Gehörstäuschungen auf, „der Kranke solle gestohlen" und „von anderen Leuten Schlechtes gesprochen haben". Er wird dann am 1. Oktober 1902 in die Privatirrenanstalt B. gebracht, wo sich Erregungs- und Beängstigungszustände unter Sinnestäuschungen und Verfolgungsvorstellungen einstellen. Patient verweigerte die Nahrung und litt an Schlaflosigkeit, und es stellte sich schließlich eine hochgradige Apathie ein. Am 2. September 1903 wird Patient in die hiesige Anstalt aufgenommen und war bei der Aufnahme still, willig und lächelte beständig vor sich hin.

Status praesens. Pupillen gleich weit, reagieren prompt auf L. und C.

Die Reflexe sind in Ordnung.

Eine körperliche Untersuchung ist nicht möglich, da der Patient sehr widerstrebend ist.

Er ist zeitlich und örtlich orientiert. Mitten bei der Untersuchung springt der Kranke aus dem Bett, dreht sich um sich selbst, springt dann wieder in das Bett und zeigt Neigung zu allerhand verkehrten Handlungen; er liegt ohne Hemd mit dem Kopfe am Fußende im Bette; er treibt allerhand Unfug, belästigt andere Kranke, zerwirft Eßgeschirr und begießt den Arzt mit Kaffee. Er steht auf einem Flecke im Saale und schwingt mit dem rechten Arme und dem linken Beine.

21. September. Er macht allerhand Faxen; läuft plötzlich um den Tisch, spricht unsinnige Worte in eigenartigem Rhythmus: Rrr... Rh... sch... s.s.s.s..

19. November. Zeigt beim Essen viele Manieren, spreizt die linke Hand von sich, hält auch die Beine weit von sich gespreizt. Steht stundenlang, auch in der Kälte, auf einem Flecke im Garten.

4. Dezember. Geht auffallend breitbeinig. Balanciert am Tische mit den Tellern. Hält die Bissen längere Zeit in der Hand, bevor er sie zum Munde führt.

Februar 1904. Gibt das Datum regelmäßig verkehrt an, gewöhnlich Oktober 1903, sein ganzes Benehmen ist gespreizt und steif.

29. Mai 1904. Beklagt sich, daß seine Gedanken vor- und nachgesprochen werden. Lacht viel, lernt Gedichte auswendig. Stenographiert stundenlang historische und poetische Reminiszenzen. Schreibt im Bureau; macht allerlei Unsinn dabei; verbessert den Stil in den Schriftstücken.

27. Juni. Macht seine Späße mit Datum und Namen der Ärzte. Gewöhnlich heitere Stimmung; oft gereizt. Gibt keine Auskunft über Halluzinationen.

3. September. Steht viel in unbequemen Stellungen. Gedankenhören besteht fort; quakt zuweilen wie ein Frosch. Macht seine Armbewegungen nur noch mit dem rechten Arme. Zuckt zuweilen plötzlich zusammen und murmelt etwas von Elektrizität. Bei dem Besuche der Eltern meint Patient, drei Tage hier zu sein.

16. September. Beständig leichte Erregung; drang in das Sprechzimmer des Direktors. Spricht abgebrochen. Verlangt häufig in erregtem Tone das richtige Datum zu wissen. Ruft dem Arzte bei der Visite zu: „Schreiben Sie, was ich diktiere!" Patient diktiert dann: „Ich liege heute $7^{40}$ auf dem Sofa, in der rechten Hand eine Empfindung wie Arsenik oder Ähnliches. Vor dem Spiegel 13 mal mit den Augen gezwickt. Dann ein Einschlafen der rechten Hand, die Empfindung eines leichten Peitschenknalles in der Herzgegend usw.".

25. September. Erregter; verlangt in drohendem Tone das richtige Datum. Onaniert viel, erklärte dem Pfleger, der die Flecken im Bettzeug ansah, er habe Menses.

5. Oktober. In den letzten Tagen schlecht gegessen bis zur Abstinenz. Sondenfütterung nicht nötig.

9. November. Benimmt sich sehr albern und läppisch.

Die Diagnose wurde auf Grund der Beobachtungen auf Dementia praecox und im speziellen auf Katatonie gestellt. In der Folgezeit zeigt Patient dauernd dasselbe Bild; es wechseln Erregungszustände mit ruhigeren Zeiten. Dabei wird Patient fortwährend von Sinnestäuschungen beherrscht, über die er aber im großen und ganzen recht wenig Auskunft gibt, und wobei auch das Gedankenlautwerden des öfteren in die Erscheinung tritt, worüber Patient sich auch gelegentlich äußert, daß ihm eine Stimme alles, was er dächte und lese, immer vorsage. Die Stimmen kämen aus dem Turme. Dann wieder beklagt sich Patient über „Männer- und Frauenstimmen", wodurch er „blödsinnig gemacht" würde, und die ihm „Unangenehmes" zuriefen.

14. November 1906. Sehr unruhig; gemein im Schimpfen. Stimmung sehr wechselnd. Urteil schwach. Aufmerksamkeit abspringend. Viele quälende Gehörstäuschungen.

27. November. Fastete einige Tage gänzlich; ißt auf Vorstellung hin, daß er mit der Sonde gefüttert werden müßte.

15. Januar 1907. Zustand im ganzen wenig verändert; der geistige Zerfall schreitet unaufhaltsam fort.

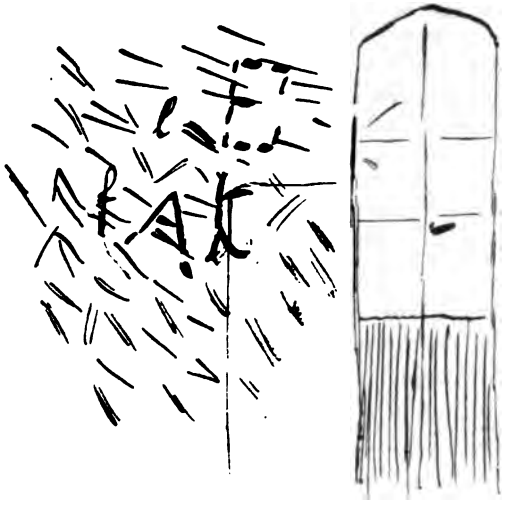
13. Februar. Patient bittet den Arzt, die „Spinnengewebe" fortzunehmen.

20. Februar 1907. Geht noch nicht spazieren, da ihn die „Fliegengewebe" hindern.

27. Juni. Schreibt einen unsinnigen Brief an den Direktor.

7. November. War gestern sehr erregt; meinte heute. er habe nur etwas laut gesprochen, damit der Direktor und die Ärzte seine Beschwerden hörten und die „Belehrungen abstellten"; die „fliegenden Gewebe" störten ihn nicht so sehr. Ersehe z. B. in der Kirche die ganze Predigt nachstenographiert, die einzelnen Gabelsbergschen stenographischen Zeilen schwebten frei in der Luft, gingen bei Bewegung der Augen mit, in einer Entfernung von 6 bis 8 m.

11. März 1908. Bezieht die Reden und Handbewegungen anderer Personen auf sich; wird darüber sehr erregt.



15. März. Gewalttätig gegen einen Kranken, durch dessen Reden er sich beleidigt fühlt.

9. April: Exploration: (Wie geht es Ihnen?) Schlecht, ich möchte, daß die schwebenden Gewebe fortkämen.'

(Wo sind diese?) Hier vor mir! (Patient zeigt in einer Entfernung von 20 bis 30 cm von sich.)

(Was für Gewebe?) Das weiß ich nicht, wo sie herkommen und was sie sind.

(Können Sie sie greifen?) Da habe ich nichts von. (Auf Vorhalt): ja.

(Sind sie immer da?) Ja, fortwährend. (Welcher Zweck?) Das weiß ich nicht, ich bin so müde, mir fallen die Augen vor Müdigkeit zu. (Patient entwirft auf Aufforderung eine Skizze dieser Gewebe.) (Hören Sie Stimmen?) Seitwärts und auch im Saale, es ist zu laut untereinander,

die einen lassen im Saale alles Mögliche reden, um den Geschmack und die Intelligenz zu prüfen. (Sehen Sie auch etwas?) Vollkugeln, die sind so hoch wie die Häuser draußen. (Sehen Sie auch Worte?) Ganz große Buchstaben, wenn ich „gegen an rede", wie man deutsche Schrift schreibt; (spontan) das sind lauter Plötzlichkeiten, die man als Sensualismus bezeichnet. (Sind das Ihre eigenen Gedanken?) Ja, alles, was ich in mich hineinkaue. (Was ist das?) Der Ton trillert so laut, der von der Seite kommt, so bin ich genötigt, das in mich hineinzukauen, das sehe ich fertig vor mir! (Was für Worte?) „Ja" und „Nein" — „Fertig" und die Stellen von Dichtern. (Haben Sie daran gedacht?) Ja, das sagte ich auch schon, das nenne ich in mich hineinkauen.

(Sehen Sie jetzt etwas?) Ja, M ... O, es ist nur unvollständig, der Anfang von irgendeinem Worte, so geht das in einem fort, ohne aufzuhören, was ich denke, sehe ich sofort in deutschen Buchstaben.

Ich forderte den Kranken wiederholt auf, diese Erscheinungen aufzuzeichnen, und es gelang, ihn einmal dazu zu bewegen. Am 13. April überreichte er mir obige Skizze, die die Trugwahrnehmungen des Patienten illustriert. (s. vorige Seite).

In den schwebenden Geweben erscheint das Wort „Falke", an das der Patient gerade gedacht hatte, wie er angab. Interessant sind die verkehrten Stellungen der Buchstaben und die verschiedenen Schriftzeichen.

Resumiere ich kurz die Ergebnisse der Krankheitsgeschichte, so geht hervor, daß der Patient unter dem Einflusse von Sinnestäuschungen akustischer Art steht, und daß schon frühzeitig das Symptom des „Gedankenlautwerdens" auftrat. Am 23. II. 07 erhalten wir die erste Mitteilung von optischen Halluzinationen unter dem Bilde der „Spinnengewebe" und der „Fliegengewebe", die sich dann mit dem 7. XI. 07 in die „fliegenden" und später „schwebenden Gewebe" fixierten. An diesem Tage hören wir auch zuerst von optischen Trugwahrnehmungen innerhalb der bereits längere Zeit hindurch beständig halluzinierten Gewebe im Anschlusse an eine gehörte Predigt. Erst später hat sich dann das Symptom des „Gedankensichtbarwerdens" eingestellt und fixiert, das heute noch im Vordergrunde der Halluzinationen steht.

## Literatur.

*Kraepelin*, Lehrbuch der Psychiatrie, VII. Aufl.

*Klinke, Dr.*, Über das Symptom des Gedankenlautwerdens. Arch. für Psychiatrie, XXVI, 1894.

*Cramer, A.*, Die Halluzinationen im Muskelsinne bei Geisteskranken. 1889.
*Klinke, Dr.*, Über Zwangsreden. Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie, XXXXVIII, 1892.
*Wundt*, Grundlage der physiolog. Psychologie.
*Goldscheider*, Über zentrale Sprach-, Schreib- und Lesestörungen. Berliner klin. Wochenschr. 1892.
*Moeli*, Über den gegenwärtigen Stand der Aphasiefrage. Berliner klin. Wochenschr. 1891.
*Tigges*, Zur Theorie der Halluzinationen. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. 48, 1892.
*Neisser, C.*, Erörterungen über die Paranoia vom klinischen Standpunkte. Zentralbl. für Psychiatrie, 1892.
*Kandinsky*, Kritische und klinische Betrachtungen im Gebiete der Sinnestäuschungen. Berlin 1885.
*Salomon*, Über Doppeldenken. 1885.
*Fuchs*, Lehrbuch der Augenheilkunde. 1901.

# Zur Prognosestellung bei der Dementia praecox.[1])

Von

**Marie-Emma Zablocka.**

Wenn wir auch wissen, daß die fortschreitende Dementia praecox zu einer bestimmten Art von affektiver und intellektueller Verblödung führt, so sind wir doch noch recht weit davon entfernt, für die Mehrzahl der in die Anstalt kommenden Fälle eine annähernd zutreffende Prognose zu stellen. Wir können nicht bestimmen, wie weit die Krankheit in einem vorliegenden Fall fortschreiten wird, ja nicht einmal, ob der Krankheitsprozeß in absehbarer Zeit Halt machen wird oder nicht.

Zur weiteren Fragestellung sollten wir nun zunächst wissen, ob diejenigen Symptome und Symptomenkomplexe, die wir bis jetzt beachten, eine Beziehung zum Ausgang, zu der Stärke der zu erwartenden Verblödung haben oder nicht, und ev. welche Beziehungen existieren. Wir sind ferner gewohnt, prognostische Anhaltspunkte in der Heredität, dem geistigen und körperlichen Zustande zur Zeit der Erkrankung, im Erkrankungsalter, und auch in der Art der Anlässe eines Schubes zu suchen, aber gefunden hat man eigentlich noch recht wenig. Die vorliegende Arbeit möchte nun einen Beitrag zur Klärung dieser Fragen geben. Die Beziehungen der Heredität zur Prognose allerdings übergehen wir, da sie an dem gleichen Material bereits untersucht sind[2]). Ferner sind unsere Kranken nur bis zu fünf Jahren beobachtet, wir können deshalb aus unseren Daten keine Auskünfte holen über die Neigung zu Rezidiven. Wir können nur in Betracht ziehen den Ausgang eines einzigen Schubes, und das

---

[1]) Aus der Kantonanstalt Burghölzli (Dir. Prof. Dr. *Bleuler*).

[2]) *Wolfsohn*, Beziehungen von Prognose und Heredität bei Dementia praecox. A. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1907.

ist gewöhnlich der erste und zugleich derjenige, der den Kranken in die Anstalt gebracht hat; wo mehrere Schübe beobachtet worden sind, haben wir nur den ersten berücksichtigt, wenn nicht das Gegenteil gesagt ist.

Unsere Fragestellung ist also folgende: Was für Beziehungen hat der Grad der Verblödung nach dem ersten Schube zu den Krankheitssymptomen, dem zeitlichen Verlauf des Beginnes, dem Erkrankungsalter, dem geistigen und körperlichen Zustand des Patienten zur Zeit der Erkrankung und zu den veranlasenden Ursachen?

Als Grundlage der Untersuchungen dienten die dem Burghölzli vom 1. I. 1898 bis 31. XII. 1905 zugegangenen Fälle von Dementia praecox. Es sind 647 Patienten, 342 Fr. = 53% und 305 M. = 47%, von denen 153 — 84 Fr., 69 M. — noch in der Anstalt sind. 132 Patienten (75 Fr., 57 M.) sind wegen ungenügender Beobachtungszeit prognostisch nicht verwertbar, es bleiben somit für unsere Zwecke 515 Fälle (267 Fr., 248 M.).

Wir haben sie nach dem Ausgang in drei Gruppen geteilt: in leicht Demente, mittelschwer Demente, schwer Demente.

Ich entnehme diese Einteilung der Ausgangsformen der Arbeit von *Wolfsohn*, da sie an dem gleichen Material, wie ich schon erwähnt habe, die Beziehungen der Heredität zur Prognose untersucht hat: „Die nach dem Anfall sozial Untüchtigen bezeichnen wir als schwer Demente, die außerhalb der Anstalt verdienstfähigen als leicht Demente, und die nicht rubrizierbaren Zwischenformen als mittel Demente".[1])

## 1. Formen und Ausgang.

Unter „Formen" verstehen wir die *Kräpelin*schen Gruppen nach vorwiegenden Symptomenkomplexen: Katatonie, wenn die katatonen Symptome im Vordergrund sind, paranoide Form, wenn Wahnideen und Halluzinationen das Bild beherrschen, Hebephrenie alle übrigen, in denen, abgesehen von den akuten Schüben, die Verblödung vor den anderen Symptomen vorwiegt.

---

[1]) *Wolfsohn*, Beziehungen von Prognose und Heredität bei Dementia praecox. S. 14, 15 des S. A.

Die 647 Fälle verteilen sich nach Gruppen folgendermaßen:

| | total | Frauen | Männer |
|---|---|---|---|
| Hebephrenien | 243 (38%) | 97 (30%) | 146 (48%) |
| Katatonien | 239 (37%) | 162 (42%) | 77 (25%) |
| Paranoide Formen | 165 (25%) | 83 (28%) | 82 (27%) |

*Kräpelin* findet, daß bei den hebephrenischen Formen die Männer mit 64%, bei den katatonischen und paranoiden Formen dagegen die Frauen mit 58 und 59% überwiegen; bei uns zeigt sich auch, daß bei der Hebephrenie das männliche, bei der Katatonie das weibliche Geschlecht überwiegt, die paranoide Form aber bei den beiden Geschlechtern nahezu gleichmäßig auftritt.

Nach Abzug der prognostisch unbrauchbaren Fälle bekommen wir folgende Zahlen:

| | total | Frauen | Männer |
|---|---|---|---|
| Hebephrenien | 206 | 81 | 125 |
| Katatonien | 174 | 119 | 55 |
| paranoide Formen | 135 | 67 | 68 |

Der Ausgang in diesen Fällen war folgender:

| Demenz | leicht | mittel | stark |
|---|---|---|---|
| Hebephrenien | 119 (58%) | 44 (21%) | 43 (21%) |
| Katatonie | 101 (58%) | 26 (15%) | 47 (27%) |
| paranoide Formen | 87 (65%) | 22 (16%) | 26 (19%). |

*Kräpelin* findet bei seiner Hebephrenie in 8% eine annähernde Heilung, in 17% überhaupt eine wesentliche Besserung; bei der Katatonie in 13% annähernde Heilung, in 20% überhaupt die wesentliche Besserung, während er bei der paranoiden Form keine Zahlen angibt und nur sagt, daß wenige der Verblödung entgehen. Bei uns erscheint umgekehrt die Katatonie als die schwerste Form, die paranoide als die leichteste, während die Hebephrenie sich in der Mitte hält. Unsere Art, die schweren von den leichten Fällen abzugrenzen, ist nun eine ganz andere als die *Kräpelins*, darin mag ein Teil des Unterschiedes begründet sein. Man sollte aber erwarten, daß trotz der etwas anderen Kriterien die relative Stellung der Gruppen gleich bleiben würde. Das Umgekehrte ist aber der Fall. Unsere Art der Gruppierung nach Formen wird kaum die Schuld tragen, wenn es auch wahrscheinlich ist, daß wir eine nicht bestimmbare Anzahl von Fällen mit Halluzinationen und geringer Entwicklung der Wahnideen und unauffäl-

liger Verblödung der paranoiden Form zugeteilt haben, die der Autor zur Hebephrenie rechnen würde. Es ist aber ganz gut möglich, daß, wenn man nur die der eigentlichen Heilung nahekommenden Fälle zählen würde, dann auch an unserem Material ähnliche Zahlen wie bei *Kräpelin* herauskommen würden.

Was wir gefunden haben, läßt sich etwa in folgender Weise vorläufig verstehen: Die Katatonie hat am meisten Symptome, die als körperliche aufgefaßt werden können (vasomotorische, Ödeme, Pupillen usw.), sie erscheint also in dieser Hinsicht als Ausdruck des schwersten Hirnprozesses, daher ihre ungünstige Prognose, durch die aber nicht verhindert wird, daß nach Ablauf des akuten Prozesses, der sehr auffällig ist und die Kranken eher in die Anstalt bringt als die andere Formen, wie die *Kräpelin*schen Zahlen dartun, etwas mehr ganz gute Fälle verbleiben als bei den andern Formen, die langsamer verlaufen, aber dann weniger Neigung zu frühem Stillstand haben mögen.

Die paranoiden Formen brechen meistens später aus als die andern, sie treffen also nach *Lugaro*[1]) eine widerstandsfähigere Psyche und erscheinen deshalb leichter, auch wenn der Gehirnprozeß ebenso schwer ist.

Die Hebephrenien treffen eine nicht ausgebildete Psyche, sie müssen also auch bei einem geringgradigen Hirnprozeß schwer erscheinen, früh in die Anstalten kommen, können sich dann aber in größerer Zahl später wieder den Verhältnissen anpassen.

Bei dieser Gruppierung nach Formen scheint auch das Geschlecht einen gewissen Einfluß auf die Prognose zu haben, in der Weise, daß die paranoide Gruppe für die Männer die günstigste ist, während die beiden anderen Formen die Frauen weniger schädigen.

Frauen.

| Demenz | leicht | mittel | stark |
|---|---|---|---|
| Hebephrenien | 49 (60%) | 16 (20%) | 16 (20%) |
| Katatonien | 71 (60%) | 21 (18%) | 27 (22%) |
| paranoide Formen | 34 (51%) | 18 (27%) | 15 (22%) |

[1]) *Lugaro*, L'ipocondria persecutoria. Una forma tardiva della demenza paranoide. Riv. di patol. nerv. e ment. Vol. IX, 1904.

Männer.

| Demenz | leicht | mittel | stark |
|---|---|---|---|
| Hebephrenien | 70 (56%) | 28 (22%) | 27 (22%) |
| Katatonien | 30 (55%) | 5 (9%) | 20 (36%) |
| paranoide Formen | 53 (78%) | 4 (6%) | 11 (16%) |

## 2. Beginn und Ausgang.

### A. Die Akuität des Beginnes im Verhältnis zum Ausgang.

Die Begriffe von „akut" und „chronisch" sind bei den Geisteskrankheiten weniger scharf als bei Körperkrankheiten. Krankheiten, die in wenigen Wochen eine deutliche Höhe erreichten, haben wir zu den akuten gezählt, auch noch langsamer sich entwickelnde, wenn der Anfall den Charakter eines akuten hatte (Manie, Wahnsinn usw.). Unter den chronischen Fällen dominieren die ganz schleichend beginnenden, bei denen oft nicht einmal das Jahr der Erkrankung bestimmt werden kann; manche gehen bis in die Kindheit zurück und lassen es zweifelhaft, ob aus einem abnormen Charakter sich die Krankheit entwickelt hat, oder ob schon der abnorme Charakter ein Symptom der Dementia praecox war. Viele zeigten in der Pubertät die ersten Abnormitäten, ohne daß die Angehörigen an eine Psychose dachten. Immerhin ist zu konstatieren, daß auch bei ganz schleichendem Verlauf leichtere Schübe und Stillstände selten fehlen. Was sich weder unter „akut" noch unter „chronisch" einreihen ließ, obgleich man die Art des Beginnes kannte, haben wir unter „mittel" rubriziert. Viele dieser Fälle sind leichte chronische, die wegen einer geringen Verstärkung der Krankheit, wegen eines leichten akuten Schubes in die Anstalt kamen.

Bei 24 Patienten ließ uns die Anamnese im Stich. Die übrigen 623 Fälle verteilen sich folgendermaßen:

| | total | Frauen | Männer |
|---|---|---|---|
| Beginn akut | 211 (34%) | 127 (38%) | 84 (29%) |
| „ mittel | 45 (7%) | 19 (6%) | 26 (9%) |
| „ chronisch | 367 (59%) | 189 (56%) | 178 (62%). |

Von 116 Fällen kennen wir den Ausgang nicht. Die übrigen haben folgenden Ausgang:

| Demenz | leicht | mittel | stark |
|---|---|---|---|
| Beginn akut | 123 (73 Fr., 50 M.) | 26 (9 Fr., 7 M.) | 19 (11 Fr., 8 M.) |
| „ mittel | 25 (8 Fr., 17 M.) | 5 (2 Fr., 3 M.) | 3 (2 Fr., 1 M.) |
| „ chronisch | 154 (73 Fr., 81 M.) | 59 (34 Fr., 25 M.) | 93 (44 Fr., 49 M.) |

| | leicht | Demenz mittel | stark |
|---|---|---|---|
| Beginn akut ..... | 73% | 16% | 11% |
| „ mittel..... | 76% | 15% | 9% |
| „ chronisch..... | 50% | 19% | 31% |

Wie zu erwarten war, haben die chronischen Fälle, die in die Anstalt gebracht werden, die schlimmste Prognose; wenn chronische Verblödung Anstaltsbehandlung nötig macht, so ist eben wenig zu erwarten, während akute Symptome zurückgehen können und dann eine Besserung eintreten lassen.

### B. Symptome des Beginnes und Ausgang.

Es ist sehr schwer, alle Fälle nach den Symptomen zu rubrizieren, wenn man sich nicht in ein kompliziertes Detail verlieren will. Wir haben versucht, einige der in dieser Hinsicht wichtigsten Arten des Beginnes herauszuheben und die entsprechenden Fälle auf ihren Ausgang zu untersuchen. Wie der Erfolg zeigt, nicht ganz ohne Nutzen. Immerhin wird man bei genauer geführten Krankengeschichten leicht noch viele andere Gesichtspunkte entdecken können, die vielleicht in Beziehung zu setzen sind mit dem Ausgang. Unsere Kategorien sind folgende:

1. Manie. Akuter Anfall von gehobener Stimmung, wirklicher Ideenflucht und Bewegungsdrang.

2. Melancholie. Das gegenteilige Verhalten: affektive Depression, Hemmung der Gedanken und der Bewegungsantriebe.

3. Wahnsinn. Das Benehmen des Kranken ist ganz von Halluzinationen und Wahnideen beherrscht, der Wirklichkeit in keiner Weise angepaßt, und doch wird die Wirklichkeit noch apperzipiert, so daß man nicht von einem Dämmerzustand reden kann.

4. Dämmerzustand. Der intellektuelle Rapport mit der Umgebung ist ganz oder doch so stark unterbrochen, daß eine richtige Auffassung der Umgebung, eine Orientierung, für gewöhnlich ausgeschlossen ist.

5. Halluzinationen. Das Krankheitsbild wird von Halluzinationen beherrscht bei voller Orientierung und im übrigen gutem intellektuellen Rapport mit der Umgebung (chronisches halluzinatorisches Paranoid).

6. Wahnideen. Bei voller Orientierung stehen die Wahnideen im Vordergrund des Bildes.

7. Demenz. Die intellektuelle Leistungsfähigkeit hat gelitten, ohne daß andere Symptome hervortreten.

8. Auffallendes Benehmen. Die dummen Streiche und Sonderbarkeiten stehen im Vordergrund des Bildes, während sonst der Ausfall der Leistungen nicht auffallend ist.

9. Sperrung. Die Sperrung des Denkens und des Handelns ist im Vordergrund.

10. Nervosität. Hysterische oder neurasthenische Symptome haben im Anfang das Bild beherrscht,

Bei 1—4 handelt es sich um akute Zustände. Dieselben schließen aber nicht aus, daß ein chronisches Vorstadium bestand, während erst der akute (manische oder melancholische) Schub den Patienten in die Anstalt brachte. 5—8 und 10 sind meist chronisch; 9 kann sowohl akut wie chronisch sein.

In 76 Fällen ist die Symptomatologie des Beginnes unbekannt. Die übrigen zeigen folgende Verhältnisse:

| | total | Frauen | Männer |
|---|---|---|---|
| 1. Manie | 16 | 9 | 7 |
| 2. Manie, Melancholie | 6 | 4 | 2 |
| 3. Manie, Melancholie, Wahnsinn | 1 | 1 | — |
| 4. Manie, Dämmerzustand | 1 | — | 1 |
| 5. Manie, Wahnsinn | 2 | — | 2 |
| 6. Manie, Melancholie, Wahnideen | 1 | 1 | — |
| 7. Manie mit Halluzinationen | 2 | 2 | — |
| 8. Manie, Sperrung | 2 | 2 | — |
| 9. Manie, Demenz | 1 | 1 | — |
| 10. Melancholie | 49 | 34 | 15 |
| 11. Melancholie, Manie | 3 | 3 | — |
| 12. Melancholie, Wahnsinn | 6 | 2 | 4 |
| 13. Melancholie, Wahnideen | 4 | 2 | 2 |
| 14. Melancholie, Halluzinationen, Wahnideen. | 2 | 2 | — |
| 15. Melancholie, Wahnsinn, Dämmerzustand.. | 1 | — | 1 |
| 16. Melancholie, Sperrung | 1 | — | 1 |
| 17. Wahnsinn | 70 | 45 | 25 |
| 18. Wahnsinn, Demenz | 1 | 1 | — |
| 19. Wahnsinn, Katatonie | 2 | — | 2 |
| 20. Wahnsinn, Dämmerzustand | 2 | 2 | — |
| 21. auffallend, dann Wahnsinn | 1 | — | 1 |

| | total | Frauen | Männer |
|---|---|---|---|
| 22. Dämmerzustand | 17 | 9 | 8 |
| 23. auffallend, dann Dämmerzustand | 1 | — | 1 |
| 24. Dämmerzustand, Katatonie | 1 | — | 1 |
| 25. Demenz | 38 | 12 | 26 |
| 26. Demenz, Hysteroneurasthenie | 4 | 1 | 3 |
| 27. Demenz, Wahnideen | 5 | 1 | 4 |
| 28. Demenz, Sperrung | 2 | 1 | 1 |
| 29. Demenz, Halluzinationen | 2 | — | 2 |
| 30. Demenz, Halluzinationen, Wahnideen | 3 | — | 3 |
| 31. Halluzinationen, Wahnideen | 77 | 38 | 39 |
| 32. Halluzinationen, Hysteroneurasthenie | 5 | 4 | 1 |
| 33. Halluzinationen, Wahnideen, Hysteroneurasthenie | 10 | 6 | 4 |
| 34. Halluzinationen, Wahnideen, Sperrung | 4 | 3 | 1 |
| 35. Halluzinationen, Wahnideen, Katatonie | 1 | — | 1 |
| 36. Wahnideen | 87 | 40 | 47 |
| 37. Wahnideen, Sperrung | 4 | 2 | 2 |
| 38. Wahnideen, Hysteroneurasthenie | 19 | 12 | 7 |
| 39. Wahnideen, Sperrung, Hysteroneurasthenie | 1 | 1 | — |
| 40. Zwangideen | 1 | — | 1 |
| 41. Sperrung | 7 | 5 | 2 |
| 42. Sperrung, Hysteroneurasthenie | 1 | 1 | — |
| 43. Hysteroneurasthenie | 57 | 41 | 16 |
| 44. auffallend | 46 | 19 | 27 |
| 45. Delirium tremens | 1 | — | 1 |
| 46. Aufregung | 3 | 1 | 2 |

Die einzelnen Gruppen zeigen folgende Verhältnisse:

| | total | Frauen | Männer |
|---|---|---|---|
| Manie | 35 (5%) | 23 | 12 |
| Melancholie | 74 (9%) | 49 | 25 |
| Wahnsinn | 86 (11%) | 51 | 35 |
| Dämmerzustand | 23 (3%) | 11 | 12 |
| Demenz | 56 (7%) | 17 | 39 |
| Halluzinationen | 106 (14%) | 55 | 51 |
| Wahnideen | 218 (28%) | 98 | 110 |
| Sperrung | 22 ( 3%) | 15 | 7 |
| Hysteroneurasthenie | 97 (12%) | 66 | 31 |
| auffallend | 48 (7%) | 19 | 29. |

Nach Abzug der Fälle, die für die Prognose nicht brauchbar sind, ergeben die restierenden folgende Verhältnisse:

| | | Demenz | | |
|---|---|---|---|---|
| | Gesamtzahl | leicht | mittel | stark |
| Manie | 13 | 10 (77%) | 1 (8%) | 2 (15%) |
| Manie, Melancholie | 6 | 4 | 2 | |
| Manie, Melancholie, Wahnsinn. | 1 | 1 | | |
| Manie, Dämmerzustand | 1 | 1 | | |
| Manie, Wahnsinn | 1 | 1 | | |
| Manie, Melancholie, Wahnideen | 1 | 1 | | |
| Manie, Halluzinationen | 1 | 1 | | |
| Manie, Sperrung | 1 | 1 | | |
| Manie, Demenz | 1 | 1 | | |
| Melancholie | 40 | 29 (73%) | 5 (12%) | 6 (15%) |
| Melancholie, Manie | 3 | 3 | | |
| Melancholie, Wahnsinn | 5 | 4 | | 1 |
| Melancholie, Wahnideen | 3 | 2 | 1 | |
| Melancholie, Halluzinationen, Wahnideen | 2 | | 1 | 1 |
| Melancholie, Wahnsinn, Dämmerzustand | 1 | 1 | | |
| Wahnsinn | 53 | 38 (72%) | 10 (19%) | 5 (9%) |
| Wahnsinn, Demenz | 1 | | 1 | |
| Wahnsinn, Katatonie | 2 | 2 | | |
| Wahnsinn, Dämmerzustand | 2 | 2 | | |
| auffallend, dann Wahnsinn | 1 | 1 | | |
| Dämmerzustand | 12 | 12 | | |
| auffallend, dann Dämmerzustand | 1 | 1 | | |
| Dämmerzustand, Katatonie | 1 | | | 1 |
| Demenz | 34 | 10 (29%) | 3 (9%) | 21 (62%) |
| Demenz, Hysteroneurasthenie | 4 | 2 | | 2 |
| Demenz, Wahnideen | 5 | 1 | 1 | 3 |
| Demenz, Sperrung | 2 | 1 | | 1 |
| Demenz, Halluzinationen | 2 | 1 | 1 | |
| Demenz, Halluzinationen, Wahnideen | 2 | 1 | | 1 |
| Halluzinationen, Wahnideen | 66 | 34 (51%) | 11 (17%) | 21 (32%) |
| Halluzinationen, Hysteroneuraathenie | 4 | 3 | 1 | |
| Halluzinationen, Wahnideen, Hysteroneurasthenie | 7 | 5 | 2 | |
| Halluzinationen, Wahnideen, Sperrung | 2 | 1 | 1 | |
| Halluzinationen, Wahnideen, Katatonie | 1 | | 1 | |

| | Gesamtzahl | Demenz leicht | mittel | stark |
|---|---|---|---|---|
| Wahnideen | 74 | 38 (51 %) | 16 (22 %) | 20 (27 %) |
| Wahnideen, Sperrung | 3 | 1 | 2 | |
| Wahnideen, Hysteroneurasthenie | 16 | 10 | 3 | 3 |
| Sperrung | 4 | 2 | 1 | 1 |
| Sperrung, Hysteroneurasthenie | 1 | 1 | | |
| Hysteroneurasthenie | 45 | 25 (56 %) | 10 (22 %) | 10 (22 %) |
| auffallend | 35 | 21 (60 %) | 9 (26 %) | 5 (14 %) |
| Delirium tremens | 1 | | | 1 |
| Aufregung | 3 | 2 | 1 | |

Über den Endstatus der einzelnen Gruppen gibt folgende Tabelle Auskunft:

| | Gesamtzahl | Demenz leicht | mittel | stark |
|---|---|---|---|---|
| Manie | 29 | 24 (83 %) | 3 (10 %) | 2 (7 %) |
| Melancholie | 62 | 45 (73 %) | 9 (14 %) | 8 (13 %) |
| Wahnsinn | 67 | 50 (75 %) | 11 (16 %) | 6 (9 %) |
| Dämmerzustand | 18 | 17 (94 %) | | 1 (6 %) |
| Demenz | 51 | 17 (33 %) | 6 (12 %) | 28 (55 %) |
| Halluzinationen | 87 | 46 (53 %) | 18 (21 %) | 23 (26 %) |
| Wahnideen | 182 | 94 (51 %) | 39 (22 %) | 49 (27 %) |
| Sperrung | 13 | 7 (54 %) | 4 (31 %) | 2 (15 %) |
| Hysteroneurasthenie | 77 | 46 (60 %) | 16 (21 %) | 15 (19 %) |
| auffallend | 37 | 23 (62 %) | 9 (24 %) | 5 (14 %) |

Wie zu erwarten war, haben die akuten Anfälle die beste Prognose, wobei manischer, melancholischer und Wahnsinnszustand nicht bemerkenswert differieren, während es bei den eigentlichen Dämmerzuständen geradezu die Regel ist, daß sie wieder auf den Status qu. a. zurückgehen. Das ist selbstverständlich für den, der den Mechanismus der Dämmerzustände bei Dementia praecox kennt: es handelt sich um hysteriforme Traumzustände, die irgendein unangenehmes Ereignis von der Persönlichkeit abspalten oder, was auf eins herauskommt, etwas Gewünschtes als erfüllt darstellen und deshalb den Kontakt mit der Umwelt absperren oder umillusionieren müssen. Die Dementia praecox schafft also für diesen funktionellen Symptomenkomplex bloß den günstigen Boden, und es ist weder eine schwere Form der eigentlichen Krankheit noch ein Schub derselben nötig, um ihn hervorzubringen.

Wo die Krankheit mit Halluzinationen und Wahnideen ohne Affekt- oder Abspaltungspsychose beginnt, hält sich die Prognose etwas unter dem Mittel; sie ist bedeutend schlechter als bei den akuten Zuständen, die eben bei leichter Dementia praecox schon das Bild komplizieren und das Verhalten so schwer alterieren, daß Anstaltsbehandlung nötig wird, auch wenn die Grundkrankheit noch wenig fortgeschritten ist. Die Halluzinationen und Wahnideen aber bei erhaltener Besonnenheit scheinen nach alter Auffassung ein Zeichen des fortgeschrittenen Krankheitsprozesses zu sein.

Daß diejenigen, welce die mit viel Berechtigung als unheilbar geltende Demenz in die Anstalt gebrachthat, die schlimmste Prognose bieten, ist selbstverständlich.

Ohne weitere Erklärung müssen wir registrieren, daß die Kranken mit vorwiegenden Sperrungen und die, welche im Anfang nur hysterische oder neurasthenische Symptome zeigen, sowie die mit bloßen Störungen des Handelns und Benehmens eine mittlere Prognose haben.

### 3. Erkrankungsalter und Ausgang.

Das Erkrankungsalter ist, wie aus den Bemerkungen über die Akuität des Beginnes hervorgeht, oft nicht leicht zu bestimmen. Frühere chronische Veränderungen des Charakters gehören wohl meist zur Krankheit. Gehen sie aber in die Jugend zurück, so sind sie oft in den Berichten der Angehörigen von andern Charakteranomalien kaum zu unterscheiden. Bei schleichendem Beginn sind leichte Schübe etwas Häufiges; sie werden von der Familie meist übersehen. Wir haben als Erkrankungsalter die Zeit angenommen, in der zum ersten Male deutliche Zeichen der Dementia praecox, nicht bloß einer Abnormität überhaupt, anamnestisch zu konstatieren waren.

Bei 29 Fällen war das Erkrankungsalter nicht zu bestimmen.

Die übrigen ergeben folgende Verhältnisse:

| in Dekaden: | total | Frauen | Männer |
|---|---|---|---|
| 1—20 | 140 (23%) | 61 (19%) | 79 (27%) |
| 20—30 | 258 (42%) | 122 (38%) | 136 (47%) |
| 30—40 | 139 (22%) | 82 (25%) | 57 (20%) |
| 40—50 | 54 ( 9%) | 36 (11%) | 18 (6%) |
| 50—60 | 25 (4%) | 23 (7%) | 2 (0) |
| 60—65 | 2 (0) | 1 (0) | 1 (0) |

| in Pentaden: | total | Frauen | Männer |
|---|---|---|---|
| 1—15 | 27 (4%) | 9 (3%) | 18 (6%) |
| 15—20 | 113 (18%) | 52 (16%) | 61 (21%) |
| 20—25 | 137 (22%) | 65 (20%) | 72 (25%) |
| 25—30 | 121 (20%) | 57 (18%) | 64 (22%) |
| 30—35 | 74 (12%) | 45 (14%) | 29 (10%) |
| 35—40 | 65 (11%) | 37 (11%) | 28 (10%) |
| 40—45 | 30 (5%) | 16 (5%) | 14 (5%) |
| 45—50 | 24 (4%) | 20 (6%) | 4 (1%) |
| 50—55 | 17 (3%) | 16 (5%) | 1 (0) |
| 55—60 | 8 (1%) | 7 (2%) | 1 (0) |
| 60—65 | 2 (0) | 1 (0) | 1 (0) |

Beide Geschlechter haben, wie schon längst bekannt, ihr Morbiditätsmaximum zwischen 20 und 25 Jahren. Während aber die Kurve der Männer bis zu dieser Zeit regelmäßig ansteigt und dann wieder kontinuierlich fällt, wird bei den Frauen der absteigende Schenkel unterbrochen durch einen kleinen, aber deutlichen Anstieg zwischen 45 und 50 Jahren, der um so stärker markiert, als auch die beiden folgenden Pentaden noch besser besetzt sind als bei den Männern. Es ist das offenbar der Ausdruck der größeren Vulnerabilität der Frauen im Klimakterium und unmittelbar nachher.

Der Ausgang war in diesen Fällen der folgende:

| in Dekaden | Gesamtzahl | | Demenz | |
|---|---|---|---|---|
| | | leicht | mitel | stark |
| 1—20 | 113 | 61 (55%) | 23 (20%) | 29 (25%) |
| 20—30 | 210 | 128 (61%) | 38 (18%) | 44 (21%) |
| 30—40 | 114 | 73 (64%) | 14 (12%) | 27 (24%) |
| 40—50 | 44 | 26 (59%) | 7 (16%) | 11 (25%) |
| 50—60 | 18 | 8 (45%) | 6 (33%) | 4 (22%) |
| 60—65 | 2 | 2 | | |

| in Pentaden | Gesamtzahl | | Demenz | |
|---|---|---|---|---|
| | | leicht | mittel | stark |
| 1—15 | 23 | 9 (39%) | 3 (13%) | 11 (48%) |
| 15—20 | 90 | 52 (58%) | 20 (22%) | 18 (20%) |
| 20—25 | 112 | 67 (60%) | 23 (20%) | 22 (20%) |
| 25—30 | 98 | 61 (62%) | 15 (15%) | 22 (23%) |
| 30—35 | 59 | 40 (68%) | 7 (12%) | 12 (20%) |
| 35—40 | 55 | 33 (60%) | 7 (13%) | 15 (27%) |
| 40—45 | 24 | 13 (54%) | 4 (17%) | 7 (29%) |
| 45—50 | 20 | 13 (65%) | 3 (15%) | 4 (20%) |
| 50—55 | 13 | 6 (46%) | 4 (31%) | 3 (23%) |
| 55—60 | 5 | 2 (40%) | 2 (40%) | 1 (20%) |
| 60—65 | 2 | 2 | | |

Die sehr kleinen Zahlen der deutlichen Erkrankungen vor der Pubertät scheinen immerhin auf eine schlimme Prognose dieser Fälle hinzuweisen. Es ist aber auch zu beachten, daß Kinder, auch wenn sie erheblich psychisch abnorm sind, weniger in die Anstalten gebracht werden als Erwachsene; es sind also immer sehr schwere Erkrankungen in der Jugend oder dann neue Schübe, die sie zu uns bringen; sie repräsentieren also, soweit sie zu unserer Kenntnis kommen, eine Auslese der schweren Fälle.

Kaum zufällig kann es sein, daß die Dekade von 35—45 eine ganz schlechte Prognose zeigt.

Frauen:

| | Gesamtzahl | Demenz leicht | mittel | stark |
|---|---|---|---|---|
| 1—15 | 9 | 3 (33%) | 1 (11%) | 5 (56%) |
| 15—20 | 40 | 25 (63%) | 8 (20%) | 7 (17%) |
| 20—25 | 48 | 28 (58%) | 12 (25%) | 8 (17%) |
| 25—30 | 49 | 28 (57%) | 9 (18%) | 12 (25%) |
| 30—35 | 36 | 23 (64%) | 5 (14%) | 8 (22%) |
| 35—40 | 32 | 18 (56%) | 6 (19%) | 8 (25%) |
| 40—45 | 22 | 4 (33,3%) | 4 (33,3%) | 4 (33,3%) |
| 45—50 | 16 | 10 (62%) | 3 (19%) | 3 (19%) |
| 50—55 | 12 | 6 (50%) | 4 (33%) | 2 (17%) |
| 55—60 | 4 | 2 | 1 | 1 |
| 60—65 | 1 | 1 | | |

Männer:

| | Gesamtzahl | Demenz leicht | mittel | stark |
|---|---|---|---|---|
| 1—15 | 14 | 6 (43%) | 2 (14%) | 6 (43%) |
| 15—20 | 50 | 27 (54%) | 12 (24%) | 11 (22%) |
| 20—25 | 64 | 39 (61%) | 11 (17%) | 14 (22%) |
| 25—30 | 49 | 33 (67%) | 6 (13%) | 10 (20%) |
| 30—35 | 23 | 17 (74%) | 2 (9%) | 4 (17%) |
| 35—40 | 23 | 15 (65%) | 1 (4%) | 7 (31%) |
| 40—45 | 12 | 9 (75%) | | 3 (25%) |
| 45—50 | 4 | 3 | | 1 |
| 50—55 | 1 | | | 1 |
| 55—60 | 1 | | 1 | |
| 60—65 | 1 | 1 | | |

Abgesehen von den berührten Ausnahmen scheint das Erkrankungsalter nicht viel Einfluß auf die Prognose zu haben. Es wäre das ein Widerspruch zu der oben erwähnten Annahme *Lugaros*.

### 4. Katatone Symptome und Ausgang.

Deutliche katatone Symptome sind notiert bei 372 Fällen (219 Fr.. 153 M.), d. h. 57% aller untersuchten Fälle, 64% aller untersuchten Frauen, 50% aller untersuchten Männer.

Katatone Symptome kommen also bei Frauen etwas häufiger vor.

Es handelt sich nicht bloß um Katatoniker. Vorübergehend oder als Nebensymptome, die das äußere Krankheitsbild wenig färben, kommen die katatonen Erscheinungen auch bei den anderen Gruppen vor, und zwar unter den 372 Fällen in folgenden Verhältnissen:

| | total | Frauen | Männer |
|---|---|---|---|
| Hebephrene | 87 | 36 | 51 |
| Katatoniker | 233 | 154 | 78 |
| Paranoide | 52 | 29 | 24 |

Bei den 372 Fällen ist der Ausgang unbekannt in 83 Fällen 50 Fr., 33 M.).

Bei den übrigen 289 war der Ausgang folgender:

| Demenz | leicht | mittel | stark |
|---|---|---|---|
| total | 165 (57%) | 49 (17%) | 75 (26%) |
| Frauen | 98 (58%) | 34 (20%) | 37 (22%) |
| Männer | 67 (56%) | 15 (12%) | 38 (32%) |

Die Hebephrenen und Paranoiden mit katatonen Symptomen allein ergeben folgende Prognose:

| Demenz | leicht | mittel | stark |
|---|---|---|---|
| total | 65 (55%) | 25 (21%) | 29 (24%) |
| Frauen | 28 (51%) | 15 (27%) | 12 (22%) |
| Männer | 37 (58%) | 10 (16%) | 17 (26%) |

Bei den übrigen 275 Fällen (123 Fr., 152 M.), bei denen keine katatonen Symptome vorhanden waren, war der Ausgang nach Abzug der 49 (25 Fr., 24 M.) prognostisch nicht verwertbaren Fälle:

| Demenz | leicht | mittel | stark |
|---|---|---|---|
| total | 142 (63%) | 43 (19%) | 41 (18%) |
| Frauen | 56 (57%) | 21 (22%) | 21 (21%) |
| Männer | 86 (67%) | 22 (17%) | 20 (16%) |

Die katatonen Symptome verschlechtern also die Prognose ein wenig, aber gar nicht hochgradig[1]).

[1]) Aus andern Untersuchungen ergibt sich, daß ein wesentlicher Unterschied besteht in der Bedeutung der akuten und der chronischen katatonen Symptome. Die letzteren haben eine sehr schlimme prognostische Bedeutung *(E. Meyer.)*

Die einzelnen katatonen Symptomgruppen.

Negativistische Symptome sind die häufigsten. Nahrungsverweigerung, manche Formen von Unreinlichkeit und Mutismus sind manchmal im Negativismus begründet — aber nicht immer. Meist sind indes neben diesen Symptomen noch die klaren Zeichen des Negativismus vorhanden; wo dies nicht der Fall war, haben wir dennoch alle Nahrungsverweigerer und Unreinlichen und Mutistischen zu den Negativistischen gezählt, weil es nicht mehr möglich war zu entscheiden, in welchen Fällen diese Symptome Teilerscheinung des Negativismus waren. Die Zahlen für den Negativismus überhaupt werden deshalb ein wenig, aber nicht viel zu groß sein.

Negativistische Symptome zeigten:

309 Pat. (187 Fr., 122 M.) 83%, davon Mutismus: 184 Pat. (104 Fr., 80 M.).

Die Zeichen der erhöhten Beeinflußbarkeit (Befehlsautomatie, Katalepsie, Echopraxie, Echolalie) waren vorhanden in 138 Fällen (73 Fr., 65 M.) 37%, und zwar:

Katalepsie 119 (66 Fr., 53 M.).

Echolalie und Echopraxie 29 (14 Fr., 15 M.).

Stereotypien der Bewegung, der Haltung und Verbigeration waren vorhanden in 198 Fällen (114 Fr., 84 M.) 53%.

Wie die einzelnen Symptome sich kombinieren, zeigt die folgende Zusammenstellung:

Negativismus allein bei ..... 121 Patienten (78 Fr., 43 M.) (33%)
erhöhte Beeinflußbarkeit allein bei 19 Patienten (8 Fr., 11 M.) (5%)
Stereotypien allein bei ..... 35 Patienten (18 Fr., 17 M.) (9%)
Negativismus und erhöhte Beeinflußbarkeit bei..... 34 Patienten (19 Fr., 15 M.) (9%)
Negativismus, erhöhte Beeinflußbarkeit und Stereotypien bei.... 76 Patienten (40 Fr., 36 M.) (21%)
Negativismus und Stereotypien bei 78 Patienten (50 Fr., 28 M.) (21%)
erhöhte Beeinflußbarkeit und Stereotypien bei..... 9 Patienten (6 Fr., 3 M.) (2%)

Über den Endstatus der einzelnen Gruppen gibt folgende Tabelle Auskunft:

| Demenz | leicht | mittel | stark |
|---|---|---|---|
| negativistische Symptome überhaupt ..... | 134 (56%) | 39 (17%) | 65 (27%) |
| Mutismus überhaupt..... | 79 (58%) | 13 (10%) | 44 (32%) |

| Demenz | leicht | mittels | tark |
|---|---|---|---|
| Stereotypien überhaupt ..... | 85 (54%) | 24 (15%) | 49 (31%) |
| erhöhte Beeinflußbarkeit überhaupt | 69 (65%) | 10 (10%) | 27 (25%) |
| alle Fälle mit Katalepsien ..... | 65 (68%) | 8 ( 8%) | 23 (24%) |
| alle Fälle mit Echolalie und Echopraxie ..... | 14 (56%) | 3 (12%) | 8 (32%). |

Die Fälle mit erhöhter Beeinflußbarkeit und im Besonderen die Kataleptischen scheinen eine etwas bessere Prognose zu haben, während diejenigen mit negativistischen Symptomen, Mutismus und mit Stereotypien schlimmere Aussichten zeigen. Die Prognose scheint schlechter zu sein bei den Fällen mit Echolalie und Echopraxie; die kleinen Zahlen erlauben aber keinen sicheren Schluß.

Einzelne Kombinationen erreichen Zahlen, die groß genug sind, um Berücksichtigung zu verdienen:

| | leicht | mittel | stark |
|---|---|---|---|
| 1. Negativismus allein ..... | 54 (61%) | 16 (18%) | 18 (21%) |
| 2. erhöhte Beeinflußbarkeit allein.... | 12 (75%) | 3 (19%) | 1 ( 6%) |
| 3. Stereotypien allein ..... | 13 (48%) | 6 (22%) | 8 (30%) |
| 4. Negativismus mit erhöhter Beeinflußbarkeit ..... | 14 (52%) | 6 (22%) | 7 (26%) |
| 5. Negativismus mit Stereotypien.... | 29 (45%) | 14 (21%) | 22 (34%) |
| 6. Negativismus mit erhöhter Beeinflußbarkeit und Stereotypien .... | 37 (64%) | 3 (5%) | 18 (31%) |
| 7. erhöhte Beeinflußbarkeit mit Stereotypien ..... | 6 (75%) | 1 | 1 |

## 5. Pupillenstörung und Ausgang.

Unsere Krankengeschichten erlauben uns von körperlichen Symptomen nur die Pupillenstörungen zu berücksichtigen.

In 403 Fällen (193 Fr., 210 M.) finden sich Angaben über die Pupillen, und zwar ist bemerkt:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Normalzustand ..... | 318mal | (156 Fr., | 162 M.) |
| schlechte Reaktion auf Licht .... | 53 „ | (26 „ | 27 „ ) |
| Pupillendifferenz ..... | 40 „ | (15 „ | 25 „ ) |
| auffallende Weite ..... | 39 „ | (18 „ | 21 „ ) |
| auffallende Enge ..... | 17 „ | (10 „ | 7 „ ) |
| exzentrische Pupillen ..... | 4 „ | (— „ | 4 „ ) |

Pupillenstörungen auf Akkomodation finden sich selten bemerkt, die Patienten sind meist nicht darauf untersucht worden.

Einer der Männer mit Pupillendifferenz war Potator, er zählt in den folgenden Tabellen nicht mit. Wir berücksichtigen auch die vier exzentrischen Pupillen nicht, da es sich vielleicht um Bildungsanomalien handelt; ihre Träger sind übrigens alle vier stark verblödet.

Die prognostisch verwendbaren Fälle hatten folgenden Ausgang:

| Demenz | leicht | mittel | stark |
|---|---|---|---|
| Normalzustand | 152 (60%) | 43 (17%) | 60 (23%) |
| schlechte Reaktion auf Licht | 25 (57%) | 12 (27%) | 7 (16%) |
| Pupillendifferenz | 14 (48%) | 5 (17%) | 10 (35%) |
| auffallende Weite | 18 (58%) | 8 (26%) | 5 (16%) |
| auffallende Enge | 5 (50%) | 2 (20%) | 3 (30%) |

Die einfache Verschlechterung der Pupillenreaktion hat also keine Beziehung zum Ausgang. Die verhältnismäßig häufige abnorme Weite der Pupillen ebenfalls nicht, sie macht ja ganz den Eindruck eines funktionellen Symptoms. Die Differenz der Pupillen scheint eher auf eine stärkere organische Affektion des Gehirns hinzudeuten: sie hat dem entsprechend eine schlimmere Prognose. Die in dieser Kategorie zu kleinen Zahlen erlauben aber keinen sicheren Schluß.

## 6. Früherer Zustand und Ausgang.

### a) der körperliche Zustand zu Beginn der Erkrankung.

In 402 Fällen sind in den Krankengeschichten keine Angaben über den Kräftezustand vorhanden. Man kann ohne in Betracht fallenden Fehler annehmen, daß diese zum größten Teil in dieser Beziehung nicht auffallend, also ungefähr normal waren.

Von den übrigen 245 Patienten (139 Fr., 106 M.) waren:

Körperlich normal 145 (77 Fr., 68 M.), schwach oder schwächlich 84 (54 Fr., 30 M.).

In der letzten Kategorie figurieren meist Leute mit Blutarmut, allgemeiner körperlicher Schwäche, leichter Ermüdbarkeit und Kopfweh.

Es mag noch bemerkt werden, daß 3 Männer in der Kindheit „Anfälle" hatten, einer an infantiler Hemiplegie nach Scharlach litt, und einer zugleich körperlich (aber nicht geistig) Kretin war. 9 Pat. (2 Fr., 7 M.) sollen in der Jugend Hirnentzündung durchgemacht haben; davon sind 6 M. als körperlich normal notiert, von den übrigen

fehlt ein Bericht. Trauma in der Kindheit ist 4mal notiert, 2 dieser Patienten sind körperlich normal, bei den anderen fehlen die Angaben.

Prognostisch verwertbar sind von diesen vereinzelten Fällen: 2 mit Anfällen, die gut ausgingen, der mit körperlichem Kretinismus, der stark verblödete; 8 mit Hirnentzündung, von denen 7 leicht und 1 schwer dement wurden, und 3 mit Traumen in der Jugend, von denen 1 leicht und 2 schwer verblödeten.

Die übrigen hatten folgenden Ausgang:

| Demenz | leicht | mittel | stark |
|---|---|---|---|
| körperlich normal | 72 (63%) | 22 (19%) | 21 (18%) |
| „ schwach | 42 (60%) | 10 (14%) | 18 (26%) |

Ein deutlicher Zusammenhang zwischen Kräftezustand und Schwere der Verblödung läßt sich also nicht nachweisen.

### b) Geistige Anlagen und Ausgang.

Über die allgemeine geistige Disposition vor der Erkrankung stehen uns Angaben über 463 Pat. (237 Fr., 226 M.) zur Verfügung. Davon waren 141 (90 Fr., 51 M.) normal. 187 (77 Fr., 110 M.) waren schon in der Kindheit auffallend, d. h. zurückgezogen, still, verschlossen. 11 (6 Fr., 5 M.) waren übertrieben religiös, 66 (38 Fr., 28 M.) waren nervös.

Nach Abzug der Fälle, von denen der Ausgang nicht bekannt ist, ergeben sich folgende Ausgänge:

| Demenz | leicht | mittel | stark |
|---|---|---|---|
| normal | 72 (64%) | 23 (21%) | 17 (15%) |
| auffallend | 95 (57%) | 26 (16%) | 45 (27%) |
| religiös | 5 | 4 | 1 |
| nervös | 35 (70%) | 9 (18%) | 6 (12%) |

Die „verschlossenen Charaktere" haben also eine deutlich schlechtere Prognose als die Normalen, wenn auch die Unterschiede nicht sehr groß sind. Auffallend ist die verhältnismäßig gute Prognose der vorher „Nervösen". Das gewohnte Bild von der Biegsamkeit der Schwächeren, die durch einen Sturm nicht gebrochen werden wie die Stärkeren, erklärt wohl nicht alles. Vielleicht sind es Leute, die eben schon lange als krank gegolten haben, bei denen man sich also leichter zur Internierung entschließt, so daß sie bei leichterer Erkrankung eher in unsere Statistik kommen als die anderen.

Über die Intelligenz besitzen wir Angaben in 136 Fällen (59 Fr., 77 M.), und zwar wurden notiert:

intelligent 68 (28 Fr., 40 M.), Intelligenz gering 68 (31 Fr., 37 M.).

Nach Abzug der prognostisch unbrauchbaren 23 Fälle (10 Fr., 13 M.) ergibt sich folgender Ausgang:

| | leicht | mittel | stark |
|---|---|---|---|
| intelligent | 36 (60%) | 15 (25%) | 9 (15%) |
| Intelligenz gering | 29 (55%) | 8 (15%) | 16 (30%) |

Wenn diese kleinen Zahlen einen Schluß erlauben, so ist es der, daß die höheren Grade der Verblödung bei intellektuell tiefer stehenden häufiger vorkommen als bei andern. Man braucht deshalb noch nicht anzunehmen, daß die weniger leistungsfähigen Gehirne stärker verblöden, es könnte auch so sein, daß eben die beiden Arten von Demenz, die der angeborenen und die der Dementia praecox, sich summieren, wodurch auch bei leichteren Graden der letzteren Krankheit der Zustand relativ schlimm erscheint.

Jedenfalls aber ist auch der Grad der Intelligenz kein ausschlaggebendes Moment bei dem Fortschreiten des Krankheitsprozesses der Dementia praecox.

### 7. Anlässe der Erkrankung und Ausgang.

Besondere Anlässe zum Ausbruch der Krankheit wurden in 222 Fällen (138 Fr., 84 M.), in 34% aller Fälle angegeben. Sie treten gegenüber den hohen Heredităts zahlen, die bei uns auf 90% steigen, sehr zurück. Der Grund ist gewiß zum großen Teil der, daß wir keine genügenden Anhaltspunkte hatten, um festzustellen, was eigentlich als Anlaß zu gelten hat, man hat deswegen dieses Gebiet bei der Aufnahme der Anamnesen etwas vernachlässigt. Ein Wochenbett, ein Typhus scheint allerdings ein genügender Anlaß zum Ausbruch einer Psychose zu sein, wenn man aber genau prüft, so findet man sehr häufig schon vor diesen Einwirkungen Spuren nicht bloß geistiger Abnormität, sondern der Dementia praecox selbst; immerhin muß dann der Typhus, das Wochenbett als Anlaß oder geradezu Ursache der „Verschlimmerung", die die Patientin in die Anstalt bringt, angesehen werden. Liebesgeschichten hat jeder Mensch von der Pubertät an gehabt; zur Befriedigung, zu einer glücklichen Heirat führt nur

eine Minderzahl, man kann also dieses Moment immer in die Anamnese hineinfragen, besonders da die Krankheit selbst in ihren Anfängen oft Anlaß wird, daß sich der Patient in unsinniger Weise verliebt. Immerhin gibt es Fälle, in denen ein Zusammenhang der Krankheit oder der Verschlimmerung mit einer unglücklichen Liebe als vorhanden angesehen werden muß. Es sind jedenfalls mehr als hier notiert sind. 51 Fälle (33 Fr., 18 M.) sind prognostisch unbrauchbar. Der Ausgang bei den übrigen war folgender:

| Demenz | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| leicht | | mittel | | stark | |
| 111 mal (68 Fr., 43 M.) | 65 %. | 29 mal (18 Fr., 11 M.) | 17 %. | 31 mal (19 Fr., 12 M.) | 18 %. |

Die Prognose erscheint also um ein weniges besser als im Durchschnitt: man könnte das mit der Tatsache in Verbindung bringen, daß die Disposition und deshalb die Gefahr eines eingreifenden Krankheitsprozesses ceteris paribus geringer sein muß in den Fällen, die einer besonderen Gelegenheitsursache zur Auslösung der Krankheit bedürfen. Doch könnte dieser Faktor überkompensiert werden dadurch, daß die auslösende Ursache den Organismus unter Umständen besonders schwer schädigt. Es ist deshalb wichtiger, die Prognose mit der Art der Anlässe zu vergleichen.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Körperliche Ursachen zusammen | 53 | (28 Fr., 25 M.) | (24 %) |
| schwere körperliche Krankheit allein | 39 | (22 „ 17 M.) | |
| erste Menses | 2 | | (0) |
| Schwangerschaft | 8 | | (4 %) |
| Geburt und Wochenbett | 19 | | (9 %) |
| Klimakterium | 4 | | (2 %) |
| Geschlechtsphasen des Weibes zusammen | 33 | | (15 %) |
| psychische Anlässe | 136 | (77 Fr., 59 M.) | (61 %) |

Nach Abzug der prognostisch unbrauchbaren 51 Fälle (33 Fr., 18 M.) ergibt sich folgender Ausgang:

| Demenz | leicht | mittel | stark |
|---|---|---|---|
| körperliche Ursachen zusammen | 31 (70 %) | 6 (14 %) | 7 (16 %) |
| schwere körperliche Krankheit allein | 23 (74 %) | 4 (13 %) | 4 (13 %) |
| erste Menses | 2 | | |
| Schwangerschaft | 4 | | 1 |
| Geburt und Wochenbett | 10 | 4 | 2 |
| Klimakterium | | 1 | 1 |
| Geschlechtsphasen des Weibes zusammen | 16 (64 %) | 5 (20 %) | 4 (16 %) |
| psychische Anlässe | 64 (63 %) | 18 (18 %) | 20 (19 %) |

Die Prognose scheint bei den Fällen, die körperliche Ursachen als Anlässe der Erkrankung oder Verschlimmerung hatten, besser zu sein, als bei denjenigen mit psychischen Anlässen, wenn auch die Unterschiede nicht groß sind. Diejenigen Erkrankungen, die als Anlässe die Geschlechtsphasen aufwiesen, haben annähernd die gleiche Prognose, wie diejenigen mit psychischen Anlässen.

### Prognose quoad Rezidive.

Unter den prognostisch brauchbaren Fällen sind 178 (82 Fr., 96 M.), bei welchen mehrere Anfälle bekannt waren, indem die Kranken teils schon kürzere oder längere Zeit vor 1898 ein oder mehrere Mal in der Anstalt behandelt worden waren (die Minderzahl), teils während der Jahre 1898 bis 1905 mehr als einen Anfall erlebten (die Mehrzahl). Die letzten gehören meist zu den schwereren Fällen, indem Rezidive während der Beobachtungszeit natürlich die Prognose verschlechtern. Diesen Fällen analog sind manche der früher schon Erkrankten, die also von uns im Rezidiv beobachtet wurden. Einzelne, deren Rezidiv erst viele Jahre nach dem ersten Anfall auftrat, bilden eine Minderzahl, die die Resultate nicht ändert.

Ich habe ihre prozentualen Verhältnisse berechnet nach Formen, Chronizität und Symptomatologie des Beginnes, Erkrankungsalter, katatonen Symptomen, früheren körperlichen und geistigen Zustand. Dabei haben sich überall verblüffend ähnliche Zahlen ergeben, wie bei der Gesamtzahl, so daß sehr wenig Hoffnung vorhanden ist, aus der Berücksichtigung aller dieser Momente die Prognose quoad Rezidiv zu stellen.

### Zusammenfassung.

Was wir gefunden haben, läßt sich in folgender Weise zusammenfassen:

1. Zirka 60% aller prognostisch verwertbaren Fälle der Dementia praecox sind nach dem ersten Anfall leicht, zirka 18% mittel und zirka 22% schwer dement.

2. Ein gewisser Einfluß auf den Ausgang des ersten Schubes bei der Dementia praecox muß der Krankheitsform zugeschrieben werden, und zwar zeigt bei den Männern die Katatonie den schwersten Ausgang, die paranoide Form den leichtesten, während die Hebe-

phrenie in der Mitte steht. Bei den Frauen erscheint die Katatonie nicht so schlimm.

3. Die Beziehungen zwischen dem Grade der Verblödung nach dem ersten Schube und der Art des Beginnes der Krankheit sind deutlich ausgeprägt, indem die chronischen Fälle die schlimmste Prognose zeigen, während die akuten, nachdem der akute Schub abgelaufen ist, bis auf den Status quo ante zurückgehen können; der Satz gilt natürlich nur für in die Anstalten kommende Patienten.

3. Ein Einfluß des Erkrankungsalters auf die Prognose läßt sich nicht deutlich nachweisen, man kann nur vermuten, daß die Erkrankungen vor der Pubertät und diejenigen zwischen 35 bis 45 Jahren eine schlechtere Prognose zeigen.

4. Ein stärkerer Einfluß der katatonen Symptome überhaupt auf den Ausgang des ersten Schubes der Dementia praecox ist nur bei den Männern nachgewiesen: sie verschlechtern die Prognose, aber nicht hochgradig; während ein gewisser Zusammenhang zwischen einzelnen katatonen Symptomen und der Prognose möglich ist, und zwar: Negativismus und Stereotypien verschlechtern die Prognose, während Fälle mit erhöhter Beeinflußbarkeit und besonders diejenigen mit Katalepsie weniger stärkere Formen der Demenz im Ausgange zeigen.

5. Von den Pupillenstörungen scheint nur die Anisokorie die Prognose ein wenig zu verschlechtern.

6. Der frühere körperliche Zustand hat keine ausschlaggebende Bedeutung für den Ausgang, während ein gewisser Zusammenhang zwischen der allgemeinen geistigen Disposition vor der Erkrankung und dem Ausgang sich nachweisen läßt: die als „verschlossene Charaktere" vor der Erkrankung rubrizierten Fälle zeigten einen schlimmeren Ausgang als die normalen. Es läßt sich auch ein verhältnismäßig guter Ausgang bei den vorher Nervösen nachweisen. Der Grad der Intelligenz vor der Erkrankung beeinflußt nur ganz unwesentlich den Ausgang.

7. Die veranlassenden Ursachen, wie wir sie jetzt rubrizieren, sind von keinem erwähnenswerten Einfluß auf den Ausgang.

---

# Über Geistesstörungen bei Gehirnsyphilis.

Von

Dr. **Hugo Birnbaum**-Conradstein.[1])

Unter der Bezeichnung „Geistesstörungen bei Gehirnsyphilis" versteht man einen jetzt im allgemeinen feststehenden und abgegrenzten Krankheitsbegriff. Als anatomische Grundlage für diese geistige Erkrankung finden wir Entzündung an den Hirnhäuten, besonders an der Basis, gummöse Veränderungen und ganz besonders häufig luische Gefäßerkrankungen mit ihren Folgeerscheinungen. Diesen, besonders in bezug auf Lokalisation und Ausbreitung, so verschiedenartigen Gehirnveränderungen entsprechend, finden wir unter der Bezeichnung „Geistesstörungen bei Gehirnsyphilis" zusammengefaßt ein recht mannigfaltiges und wechselreiches Krankheitsbild, sowohl bei den psychischen, wie ganz besonders bei den körperlich-nervösen Störungen. Unter ähnlichen Krankheitsbildern sind zunächst die progressive Paralyse und in zweiter Linie die Alkohol-Psychosen zu nennen. Ohne auch nur differential-diagnostisch auf deren Krankheitserscheinungen näher einzugehen, werden wir doch im folgenden erkennen, daß wir es bei den Geistesstörungen bei Gehirnsyphilis mit erheblich anderen psychischen, wie ganz besonders körperlich-nervösen Krankheitserscheinungen zu tun haben als bei der Paralyse und den Alkoholpsychosen. Selbstverständlich werden immer Mischformen vorkommen, die richtig zu diagnostizieren häufig recht schwer fallen wird. Jedenfalls ist es für die Bewertung der ganzen Erkrankung von großer Wichtigkeit, möglichst früh eine bestimmte Diagnose stellen zu können.

---

[1]) Aus der Provinzialirrenanstalt Conradstein (Direktor Geheimer Medizinalrat Dr. *Kroemer*).

Bei der nachfolgenden Besprechung der Geistesstörungen bei Gehirnsyphilis werde ich die hereditäre Syphilis außer acht lassen und mich nur auf die erworbene Syphilis beschränken. Aus der reichhaltigen Literatur werde ich nur kurze Auszüge von einzelnen Autoren anführen.

*Wille*[1]) hat beobachtet, daß nach Lues als erste abnorme psychische Symptome psychische Verstimmung und hypochondrische Befürchtungen auftreten, teils als Syphilidophobie, teils mehr allgemeinen hypochondrischen oder melancholischen Inhalts: Prodromalstadium der syphilitischen Psychose. Danach kommt eine zunehmende Demenz (zuerst Abnahme des Gedächtnisses, Vergeßlichkeit). Ferner treten zuerst maniakalische Zustände auf, die mit melancholischen mehr oder weniger lange alternieren. Dann wieder hat er anhaltende hypochondrisch-melancholische Verstimmung und Wahnvorstellungen beobachtet, ferner akutes Delir und Manie mit Größenwahn. Bei allem erfolgt allmählich Übergang in Demenz: also teils primäre, teils sekundäre Demenz. Dazu treten motorische und sensible Hirnstörungen. Im Verlauf der Erkrankung macht sich eine gewisse Mannigfaltigkeit durch einen Wechsel in den Erscheinungen bemerkbar. Als besonders charakteristisch für syphilitische Psychosen erwähnt er die Hypochondria syphilitica und den fortschreitenden Blödsinn, Zum Unterschied gegen Paralyse führt er Demenz ohne Größenwahn, aber vorzüglich mit Gedächtnisschwäche an. Als charakteristisch für Lues hebt er noch weiter besonders hervor: die Vielfachheit der Störungen der Hirnnerven (*Leudet*), ihre sukzessive Entwicklung (*Gros* und *Lancereau*) und ihr anfallsweises, oft rasch vorübergehendes Auftreten (*Heubner*). Ferner sollen nächtlich exazerbierende Kopfschmerzen auftreten, die konstanten Sitz zeigen, auf Druck sich vermehren und besonders durch die Bettwärme hervorgerufen werden.

Nach *Gerhardt*[2]) können die Symptome der Hirnsyphilis sich in unendlich vielen Formen und Kombinationen darstellen, entsprechend der mannigfachen Qualität und Lokalisation der anatomischen Grundlagen. Von der großen Zahl von Einzelsymptomen erwähnt er starke, diffuse Hirnstörungen mit dem von *Heubner* und *Wunderlich* so treffend hervorgehobenen Charakter der Halbheit, der unvollkommenen Störung, des unbegreiflichen Wechsels. Ferner rasch wiederholte Schlaganfälle bei jüngeren Leuten ohne Herzfehler, Augenmuskellähmung, besonders Ptosis, Epilepsie, die in späterem Alter ohne besondere Ursache entsteht, Rindenepilepsie, Monoplegien, akute Bulbärsymptome, Tumorsymptome, die

[1]) *Wille*: Die syphilitischen Psychosen. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, 1872, Bd. 28.

[2]) *Gerhardt*: Über Hirnsyphilis. Berliner klin. Wochenschr., 1886, Nr. 1.

nicht aus einem Herde erklärt werden können. Der häufigsten anatomischen Läsion der Endarteriitis entsprechend seien besonders oft apoplektiforme Anfälle zu beobachten. Es scheine ihm sogar eine ziemlich weitgehende Auffassung des Zusammenhanges von Apoplexie als Symptomenbild und Syphilis als Grundursache zulässig.

Als eine Haupteigenschaft der Hirnsyphilis hebt er die Vielgestaltigkeit der Symptome hervor. Er führt z. B. Epilepsie an, der nach einiger Zeit Apoplexie folgt, oder zu der auffällige Störungen der Denkfähigkeit, des Gedächtnisses, der Sprache hinzutreten, oder umgekehrt. Jedenfalls habe die genauere Forschung weit mehr Fälle als syphilitisch erkennen lassen als früher; darum müssen noch weit mehr geheilt werden. „Diese Fälle müssen so früh wie möglich, so energisch wie möglich und so lang wie möglich behandelt werden. Man muß viele Wochen lang täglich 3 bis 7 g graue Salbe einreiben und 2 bis 5 g Jodkalium einnehmen lassen."

*Siemerling*[1]) erwähnt Schwankungen in dem Auftreten der Pupillenreaktion auf Licht, Wechsel im Verhalten der Kniephänomene und endlich vorübergehende bulbäre Erscheinungen. Auch *Buttersack* konnte in einem von ihm mitgeteilten Falle einen wiederholten Wechsel im Auftreten der Pupillenreaktion, vielleicht unter dem Einfluß der angewandten Therapie, konstatieren. Ferner hat *Siemerling* Schwankungen in der Lähmung des Facialis beobachtet. Den Wechsel im Auftreten der Kniephänomene führt er zurück auf die Ausdehnung und Art des syphilitischen Krankheitsprozesses an den Wurzeln. „Die Wurzeln, eingescheidet in ein schwellungsfähiges Granulationsgewebe mit ihrem verhältnismäßig großen Gefäßreichtum, mit einzelnen fast immer noch gut erhaltenen Nervenfasern erliegen offenbar bei dem Erkranktsein der Rückenmarksgefäße überhaupt nicht unerheblichen Druckschwankungen und dadurch gesetzten Funktionsstörungen. Auch *Oppenheim* konnte gleichfalls ein Schwanken im Auftreten der Kniephänomene beobachten und die gleiche Erklärung auf Grund des anatomischen Befundes geben."

*Kowalewsky*[2]) spricht im Gegensatz zur typischen Paralyse von einer atypischen Paralyse. Auch er erwähnt als besonders charakteristisch für die atypische Paralyse die Unregelmäßigkeit des Auftretens von Paresen und Paralysen in den einzelnen Muskelgruppen und Organen, ferner Monoplegien verschiedener Organe, z. B. des Armes, schließlich lang dauernde Remissionen. Für die einzelnen Krankheitsformen gibt er folgende Einteilung:

1. Syphilitische Melancholie und Hypochondrie, letztere besonders in Form von Syphilidophobie, bei beiden bald mit weniger, bald mit mehr ausgesprochener Demenz.

---

[1]) *Siemerling*: Zur Syphilis des Zentralnervensystems. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1891, Bd. 22.

[2]) *Kowalewsky*: Geistesstörungen bei Syphilis. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1894, Bd. 50.

2. Selten Paranoia; entweder als Verfolgungswahn der halluzinatorischen Paranoia oder als hypochondrische Paranoia-Syphilophobia.

3. Häufiger Amentia.

4. Dementia, die so oft bei Hirnsyphilis angetroffen werde, daß fast alle Autoren der richtigen Meinung seien, die Dementia bilde das charakteristische Symptom aller Geistesstörungen mit syphilitischen Hirnalterationen.

5. Akute Psychosen bei Hirnsyphilis: entweder in Form des Delirium acutum oder der Mania acuta.

Nach *Wickel*[1]) mangelt der diffusen Lues cerebri der rasche progressive Verlauf. Rechtzeitig eingeleitete spezifische Kuren können selbst zur Heilung führen. Auf somatischem Gebiet treten die Herderscheinungen in den Vordergrund, welche sich besonders durch ihren passageren Charakter auszeichnen. Die Demenz ist verschiedenen Grades, mehr stabil, nicht wie bei der Paralyse gradatim zur völligen Verblödung führend. Die Störungen in der Reaktion der Pupillen, welche sich hier mehr mit Störungen in der Funktion der Augenmuskeln vergesellschaftet finden, sind zum Teil denen bei Dementia paralytica gleich, zum Teil zeigen sie ein wechselndes Verhalten.

Nach *Klein*[2]) besteht bei der Lues cerebri im Gegensatz zu der Paralyse eine viel weniger weitgehende, mäßig progressive geistige Schwäche. Die psychischen Krankheitserscheinungen bei der ersteren verlaufen nicht selten unter dem Bilde von funktionellen Neurosen und Psychosen (Hysterie, Melancholie, Manie, halluzinatorische Verwirrtheit, Paranoia). Dieselben zeigen ebenso wie die somatischen Symptome eine Neigung zu stetem Wechsel. Weitgehende Krankheitseinsicht ist bei der Lues cerebri weit häufiger als bei der Paralyse. Bei den mehr chronisch verlaufenden Fällen von Lues cerebri diffusa erwähnt *Klein* das Hervortreten von paranoischen Krankheitssymptomen, besonders Gehörstäuschungen, nächstdem krankhafte Eigenbeziehungen. In manchen Fällen kann es durch kombinatorische Verknüpfung der Wahnvorstellungen bei der Lues cerebri zu einem der Paranoia chronica durchaus ähnlichen psychischen Krankheitsbilde kommen.

*Jolly*[3]) führt aus, daß durch Syphilis Zustände allgemeiner Nervosität auftreten, die geeignet sind, weiterhin zu mehr oder weniger schweren

---

[1]) *Wickel*: Kasuistische Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Lues cerebri diffusa und Dementia paralytica. Archiv für Psychiatrie, 1898, Bd. 30.

[2]) *Klein*: Kasuistische Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Dementia paralytica und Pseudoparalysis luetica (*Fournier*). Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1899, Bd. 5 und 6.

[3]) *Jolly*: Syphilis und Geisteskrankheiten. Berl. kl. Wochenschr., 1901, Nr. 1.

Formen geistiger Störung zu führen: Klagen über Kopfschmerzen, zeitweilige Benommenheit, Schwindelempfindungen, gelegentlich Schwierigkeit der Sprache, oft auch plötzliches Versagen des Gedächtnisses; ferner vom Rücken ausstrahlende Sensationen, Reifgefühl, Stiche und Reißen in den Extremitäten, Gefühl ven Einschlafen der Glieder, vorübergehendes stärkeres Schwächegefühl bald in einer ganzen Extremität, bald nur in einzelnen Muskelgruppen. Es sei eine Eigentümlichkeit des syphilitischen Virus, daß es auf alle Teile des Nervensystems einzuwirken vermöge und deshalb die mannigfachsten Kombinationen von Krankheitserscheinungen zuwege bringe. Es gebe keine Form geistiger Störung, die nicht gelegentlich bei Syphilitischen und infolge der Syphilis zur Entstehung kommen könnte. Zu den häufigeren Formen gehörend erwähnt er die meistens aus der Neurasthenie unmittelbar sich entwickelnde melancholische Depression von vorwiegend hypochondrischer Färbung. Dann nennt er Melancholie sowohl in agitierter, wie in mehr stuporöser Form; vereinzelte Fälle von echter Manie, ebenso selten reine Paranoia. Wesentlich häufiger dagegen und geradezu charakteristisch für die Syphilis sei die sogenannte Amentia: die Zustände des akuten Deliriums, der akuten Verwirrtheit mit mehr oder weniger massenhaften Halluzinationen. Ebenso komme sehr häufig vor die Dementia: Gleichgültigkeit, Interesselosigkeit, Vernachlässigung der gewöhnlichsten Pflichten. In der Intensität dieser Symptome seien auffallende Schwankungen bemerkbar. Seltener sei diejenige Art der Verwirrtheit mit vollständigem Defekt der Merkfähigkeit, der Fähigkeit, frische Eindrücke dem Gedächtnisse einzuverleiben und sie mit früheren zu assoziieren. Dann erwähnt er die sekundäre Demenz nach melancholischen Zuständen und besonders nach Amentia. Die Demenz verlaufe bald gleichmäßig progredient, bald bleibe sie sehr stationär. Sogar ganz erhebliche Rückbildungen dieses Demenzzustandes treten ein. In einzelnen Fällen erfolgt eine nahezu vollständige Heilung. Es handelt sich dabei jedoch nur um eine relative Heilung; es bleibt eine gewisse Minderwertigkeit.

Auch *Ziehen*[1]) erwähnt bei der Hirnsyphilis das ungemein wechselnde Bild der psychischen Symptome und hebt als gemeinsames Symptom einen mehr oder minder erheblichen Intelligenzdefekt hervor. Derselbe kann teils primär von Anfang an auftreten, teils ist er das Endstadium von voraufgegangenen soporösen Zuständen oder halluzinatorischen Erregungszuständen oder kurzen Dämmerzuständen. Seltener täusche der Krankheitsverlauf eine chronische Paranoia vor. Die sinnlosen Antworten, welche die Kranken auf der Krankheitshöhe geben, faßt *Ziehen* nicht als Defekt auf, sondern als funktionelle Hemmung bzw. Inkohärenz (funktionelle Dissoziation).

---

[1]) *Ziehen*: Psychiatrie, 1902.

*Kräpelin*[1]) unterscheidet den nach voraufgegangenen Schlaganfällen eintretenden luetischen Schwachsinn und die luetische Pseudoparalyse, bei der ebenfalls die Krankheit sehr oft mit einem Anfall beginnt, worauf dann meist ein Depressionszustand folgt mit bald mehr hypochondrischer, bald mehr mißtrauischer oder ängstlicher Färbung. In der Folgezeit stellen sich fast immer auch Gehörstäuschungen ein, selten fehlen Größenideen. Weiter verläuft das Leiden langsam, führt aber stets zu einem erheblichen Grade psychischer Schwäche.

Nach *Wollenberg*[2]) kommen bei schwerer Gehirnsyphilis am häufigsten die unter dem Bilde der Amentia verlaufenden Fälle vor, nächstdem melancholische Depressionszustände und ferner postsyphilitische Demenz, teils primär, teils sekundär. Als außerordentlich selten schildert er das Vorkommen manischer Zustände.

Anschließend hieran werde ich über fünf in hiesiger Anstalt beobachtete charakteristische Fälle von Geistesstörungen bei Gehirnsyphilis berichten.

### Fall I.

W. K., Kaufmann, geb. 1861. Erblich nicht belastet. Kein übermäßiger Alkoholgenuß. 1890 harter Schanker, 8 Wochen lang mit ugt. ciner. behandelt. 1902 Schlaganfall, lag drei Wochen besinnungslos, Lähmung der rechten Seite, hatte 3 Wochen lang die Sprache verloren, konnte seitdem nicht mehr arbeiten, seit Sommer 1904 in verschiedenen Krankenhäusern, seit dem 15. Dezember 1904 in der hiesigen Anstalt.

Körperlicher Befund:

Augen: Links leichte Ptosis, Pupillenreaktion normal. Links Fazialisparese. Gang unsicher, spastisch, rechts schleifend. Romberg negativ. Links Patellar- und Plantarreflex lebhaft, kein Fußklonus, Babinsky positiv, aber schwach. Rechts Patellar- und Plantarreflex sehr gesteigert, rechts Patellar- und Fußklonus leicht auszulösen, Babinski stark positiv. Auch beim Bestreichen der linken Fußsohle rechts Babinski positiv. Oppenheim beiderseits positiv. Die Schmerzempfindlichkeit der Haut ist scheinbar gesteigert. Rohe Kraft im rechten Arm und rechten Bein erheblich herabgesetzt. Am rechten Arm Knochen- und Periostreflexe gesteigert, links normal. Sprache hastig, sich überstürzend. Schrift ausfahrend und unsicher. Herztätigkeit beschleunigt, 120 Schläge in der Minute, Töne über allen Ostien laut und rein, zweiter Ton über der Aorta metallisch klingend. Puls hart, schwirrend, beschleunigt, regelmäßig.

---

[1]) *Kräpelin*: Psychiatrie, Bd. 2, 7. Aufl., 1904.

[2]) *Wollenberg*: Lehrbuch der Psychiatrie von *Binswanger* und *Siemerling*, 1904.

Psychischer Befund:

Bei seiner Aufnahme hierselbst verhielt er sich ruhig, machte jedoch einen ganz stumpfen und gleichgültigen Eindruck. Zeitlich und örtlich war er orientiert und gab auch über sein bisheriges Leben richtig und sachgemäß Auskunft. Er gab zu, daß er 1890 an Syphilis gelitten habe und hinterher mit Quecksilber behandelt worden sei. ½ Jahr darauf habe er sich verheiratet. Das erste Kind war eine Frühgeburt, tot geboren. Die beiden anderen Kinder leben und seien gesund. Von seinem Schlaganfall 1902 habe er eine Schwäche der rechten Körperhälfte zurückbehalten. Er habe seitdem nicht mehr gearbeitet, habe wohl arbeiten können, aber keine Stelle bekommen, „weil er verrückt war". Nach dem Schlaganfall sei er gleich entmündigt worden, er wisse nicht, warum. Er sei geisteskrank, vergesse immer alles. Wenn er z. B. in der Zeitung etwas gelesen habe, wisse er es hernach nicht mehr. Er könne aber gut rechnen. Er rechnet dann auch prompt und sicher verschiedene Aufgaben aus:

$4 \times 17 = 68$. $4 \times 19 = 76$.

$68 - 31 = 37$. $37 + 43 = 80$.

So vergeßlich sei er seit dem Schlaganfall, früher sei er es nicht gewesen. Bei weiterer Intelligenzprüfung ergibt sich eine ziemlich gute Geschichtskenntnis, desgleichen bezüglich seiner geographischen und sonstigen allgemeinen Kenntnisse. Seitdem zeigt er stets ein gleichmäßig ruhiges Verhalten, lebt stumpf und gleichgültig dahin, zeigt kein Interesse für die Vorgänge in seiner Umgebung und hat keinen Trieb, sich irgendwie zu beschäftigen.

Auch in seinem körperlichen Befinden sind weiterhin keine Änderungen eingetreten.

Fall II.

J. K., Kaufmann, geb. 1866. Erblich nicht belastet. Hat nicht getrunken. 1892 Schanker. Seit Juni 1905 geisteskrank: klagte über Kopfschmerzen und Schwindelanfälle, sah Bilder vor den Augen, bekam Krampfanfälle. Sein Gedächtnis nahm ab, er konnte nicht mehr arbeiten. Seit September 1906 weinerlich, deprimiert, klagte über schlechten Geschmack, könne sich aber nicht aussprechen, das Sprechen falle ihm schwer, sah Krüge, Räder u. dergl., zuweilen wurde ihm schwarz vor den Augen, hatte Angst, hinzufallen. Am 17. Mai 1907 wurde er in die hiesige Anstalt aufgenommen.

Körperlicher Befund:

Temporalarterien beiderseits leicht geschlängelt. R. Fazialisparese. Augen: R. Ptosis. Beide Pupillen über mittelweit, nicht ganz rund, $l > r$, sind lichtstarr, reagieren aber auf Akkommodation. Beim Gehen auf der geraden Linie starkes Schwanken, ebenso starkes Schwanken

beim Stehen mit geschlossenen Augen. Bauchdecken- und Plantarreflexe lebhaft, kein Kremasterreflex, kein Babinski. Patellarreflexe sehr lebhaft. Kein Fußklonus. Lebhaftes vasomotorisches Nachröten der Haut. Schmerzempfindlichkeit der Haut und der Muskulatur sehr gesteigert. Sprache und Schrift ohne auffallende Störungen.

Psychischer Befund:

Bei seiner Aufnahme hierselbst verhielt es sich ruhig, war zeitlich und örtlich orientiert und gab über seine Vorleben richtig und sachgemäß Auskunft. Seit zwei Jahren leide er ständig an Kopfschmerzen und Gedächtnisschwäche, könne seit dieser Zeit auch schlecht hören besonders auf dem linken Ohre, könne auch nicht mehr viel schreiben oder lesen, bekomme gleich Flimmern vor den Augen, bekomme sehr oft solche „Anfälle", in denen er alles mögliche sehe. So habe er vor zwei Jahren lauter Teufel um sich herum gesehen, lauter schwarze Gestalten mit Hörnern, und er stand mitten drin; das dauerte drei bis fünf Minuten. Solche Anfälle bekomme er öfter in der Stunde ein paarmal. In solchen Anfällen höre er auch alles mögliche; er könne sich jetzt jedoch nicht mehr besinnen, was es alles gewesen sei: sein Gedächtnis sei jetzt so schwach. Nach einer Stunde wisse er schon nicht mehr, was er gesagt habe. Früher habe er immer solch „starkes" Gedächtnis gehabt. In diesen „kleinen" Anfällen, in denen er alles mögliche sehe und höre, zittere er nur am ganzen Körper, wisse jedoch alles. Außerdem bekomme er aber noch „große" Anfälle, in denen er die Krämpfe habe und von gar nichts wisse. Solche „großen" Anfälle habe er alle 1 bis 1 ½ Monate bekommen. Dies gehe alles seit zwei Jahren so.

Die Intelligenzprüfung ergab im allgemeinen keine hochgradigen Defekte, nur betreffs seiner Geschichtskenntnisse versagte er und begründete dies damit, daß er seit seiner Erkrankung alles vergessen habe.

Seit seiner Aufnahme hierselbst äußerte er ständig Klagen über Gedächtnisschwäche, Arbeitsunfähigkeit, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, besonders in der Stirn, Schwindelanfälle, Sausen in den Ohren und Flimmern vor den Augen. Im allgemeinen zeigt er ein ruhiges, stumpfes und gleichgültiges Verhalten; dann ist er auch wieder bald ängstlicher, bald mehr reizbarer Stimmung. Die Sprache hat sich während seines Aufenthaltes hierselbst sehr verschlechtert. Während anfangs gar keine Störungen nachweisbar waren, erscheint jetzt die Sprache schon beim gewöhnlichen Sprechen undeutlich; beim Nachsprechen von schwierigeren Paradigmaten tritt Silbenstolpern auf. Wiederholte Untersuchungen des Augenhintergrundes haben daselbst keine krankhaften Veränderungen ergeben. An den Augen ist die rechtsseitige Ptosis zurückgegangen. Die Pupillen sind jetzt beiderseits gleich, sehr weit und nach wie vor lichtstarr. Statt der früheren rechtsseitigen Fazialisparese findet sich eine solche jetzt auf der entgegengesetzten Seite. Im übrigen zeigt der

jetzige Befund keine weiteren Abweichungen gegen den früheren. Für seine Klagen betreffs schlechten Hörens sind krankhafte Veränderungen der Trommelfelle nicht nachweisbar.

Bei einer in jüngster Zeit vorgenommenen Intelligenzprüfung gab er zum Teil ganz richtige und sachgemäße Antworten, zum Teil schwatzte er aber alles sinnlos durcheinander, besonders zum Schluß der Unterhaltung, und war schließlich gar nicht mehr zu geordneten Antworten zu fixieren. Wiederholte Schmierkuren in Verbindung mit Jodkali-Behandlung blieben ohne sichtbaren Erfolg auf den Verlauf der Erkrankung. Krämpfe und Ohnmachtsanfälle sind hier nicht mehr bei ihm aufgetreten, auch hat er hier nie Sinnestäuschungen weiter geäußert.

Fall III.

M. M., Arbeiter, geb. 1870. Erblich nicht belastet. Kein übermäßiger Alkoholgenuß. 1904 angeblich über Nacht plötzliche Lähmung des rechten Arms. Ende Juni 1905 fing er an, „nicht so ganz richtig" zu sprechen, hatte nirgends Ruhe, schlief nicht, meinte, es sei das Beste, zur Beichte zu gehen und dann den Kopf auf die Eisenbahnschienen zu legen, denn er müsse doch bald sterben. In der Nacht vom 5.—6. Juli 1905 stand er auf, fing an, den Rosenkranz zu beten, sprang dann auf seine Frau zu und wollte sie würgen. Als Mitbewohner auf ihr Geschrei herbeieilten, hieb er auf diese mit dem Spaten los und brachte ihnen recht gefährliche Wunden bei. Er glaubte, er und seine Frau wären vom Teufel besessen und wartete nur auf seine Frau, um sie zu erwürgen, da sie ihm den Teufel angetan hätte. Aufnahme in die hiesige Anstalt am 8. Juli 1905. Er wurde an den Händen gefesselt hergebracht, da er unterwegs gegen seine Begleiter gewalttätig geworden war. Auf dem Kopf hatte er eine 4 cm lange tiefe Hautwunde, und auch sonst zeigte er am ganzen Körper zahlreiche kleinere Wunden und Hautabschürfungen. Im Aufnahmezimmer verhielt er sich leidlich ruhig. Er gab an, er sei vom Teufel besessen, habe Angst, daß ihm die Kehle durchgeschnitten werde. Dann sagte er wieder, er habe keine Angst, wovor er denn auch Angst haben solle. Er habe ein Glas Bier getrunken gehabt und sei danach krank geworden. Hier sei er im Krankenhaus. Auf der Station war er gleich hinterher sehr unruhig, schrie auf und schwatzte auf polnisch vor sich hin. Auf Fragen gab er keine Antworten, riß nur den Mund auf und klappte ihn wieder zusammen. Er ließ sich nicht ankommen, schlug und biß sofort. Nach Hyoszin-Morphium schlief er dann ruhig die Nacht hindurch.

9. Juli. Seit dem Morgen wieder hochgradig erregt, springt zeitweilig plötzlich aus dem Bett heraus, geht dann auf seine Umgebung los, schlägt, beißt und kratzt und will immer in die Fensterscheiben. Er ist weder im Bett, noch in der Badewanne zu halten. Nach Hyoszin-Morphium ruhig, bleibt dann den ganzen Tag über im Bad, am Abend wieder Hyoszin-Morphium, wonach er ruhig die ganze Nacht hindurch schläft.

10. Juli. Von früh an wieder hochgradig erregt, bekommt am Vormittag wieder Hyoszin-Morphium, wonach er bald einschläft und den ganzen Tag über schläft. Er schläft auch die Nacht und den nächsten Tag bis zum Abend durch (11. Juli). Am Abend liegt er mit offenen Augen ruhig da, hält die Glieder ganz steif und starr und spricht kein Wort.

12. Juli. Die Nacht hindurch hat er ohne weitere Arznei ruhig geschlafen, verhält sich auch am Tage ganz ruhig, spricht kein Wort. Da er hier bisher fast nichts gegessen, wird er mit der Sonde gefüttert.

13. Juli. Er schläft fast immerfort, Tag und Nacht, macht einen komatösen Eindruck. Sondenfütterung.

14. Juli. Ißt heute allein, wenn auch nur wenig, schläft weiter fast ununterbrochen.

15. Juli. Etwas munterer, ruhig, nimmt allein Nahrung zu sich.

Körperlicher Befund:

Monoparese des rechten Arms. Patellarreflex rechts gesteigert, links nicht auszulösen. Beiderseits kein Patellar- und kein Fußklonus, kein Babinski. Plantarreflex beiderseits sehr lebhaft. Muskulatur an den Waden scheinbar auf Druck schmerzempfindlich.

16. Juli. Schläft immer noch viel, nimmt jetzt jedoch reichlich Nahrung zu sich.

17. Juli. Heute vollständig munter, sitzt zeitweise aufrecht im Bett da und blickt sich um, verhält sich ruhig. Seine Sprache ist vollständig unartikuliert und unverständlich. Er sucht sich durch Gebärden und Gestikulationen verständlich zu machen. Er versteht jedoch, was zu ihm gesagt wird, und kommt den ihm erteilten Aufforderungen ziemlich prompt nach.

Körperlicher Befund:

R. Fazialisparese. Augen o. B. Monoparese des r. Arms. Patellarreflex beiderseits sehr lebhaft. Kein Patellar- und kein Fußklonus. Kein Babinski. Plantarreflexe normal. Hautsensibilität intakt.

Am Abend wieder plötzlicher Erregungszustand; sprang aus dem Bett heraus, jammerte und schrie dabei in unverständlichen Worten.

19. Juli. Muskulatur des r. Arms schlaff, atrophisch, von geringerem Umfang wie links. Schmerzempfindlichkeit an der rechten Gesichtshälfte und dem r. Arm vollständig aufgehoben, sonst überall normal. R. Lagophthalmus.

20. Juli. Erysipel, von den stark eiternden Kopfwunden ausgehend, eitriger Ausfluß aus dem linken Ohre. Temp. 40,0 C.

29. Juli. Erysipel zurückgegangen. Normale Temperatur.

Körperlicher Befund wie zuletzt.

7. August. Dauernd vollständig ruhig.

10. August. Erscheint heute regsamer, bemüht sich sichtlich, sich verständlich zu machen, ohne daß es ihm jedoch gelingt. Aufforderungen,

bestimmte Gegenstände, z. B. Hut, Schlüssel zu nehmen, kommt er prompt nach und führt sie richtig aus. Er zeigt einen lebhaften Gesichtsausdruck und sieht sich interessiert um. — Beginn einer sechstägigen Schmierkur.

24. August. In der Zwischenzeit ruhig und geordnet, hat zwei Schmierkuren durchgemacht, jetzt ausgesetzt.

27. August. Seit zwei Tagen nachts unruhig, spricht und geht im Saal umher. Seit heute morgen Nahrungsverweigerung, leicht erregt und verwirrt, blieb jedoch im Bett. Am Nachmittag gegen 4½ Uhr plötzlich hochgradig erregt, sprang aus dem Bett heraus, ging auf einen anderen Kranken los und mußte isoliert werden. Abends 6 Uhr lag er ganz bewußtlos in der Zelle und reagierte auf keine Hautreize. Das rechte Auge war halb geöffnet, das linke vollständig geschlossen. Gegen 7¼ Uhr abends wieder plötzlich hochgradig erregt, zerriß alles. Nach Hyoszin-Morphium bald ruhig, schlief weiter ruhig die Nacht hindurch.

28. August. Seit dem Morgen wieder hochgradig erregt, schläft nach Hyoszin-Morphium bis Nachmittag 4 Uhr, seitdem gleich wieder tobsüchtig, schläft dann nach Hyoszin-Morphium gleich wieder ein.

30. August. Gestern und heute anhaltend erregt. Nahrungsverweigerung. Sondenfütterung.

31. August. Heute morgen leidlich ruhig, nimmt von selbst Nahrung zu sich. Am Abend wieder plötzlicher Erregungszustand.

20. September. In der Zwischenzeit dauernd sehr unruhig, weder im Bett, noch im Bad zu halten, bekommt täglich Hyoszin-Morphium.

5. Oktober. Seit einigen Tagen leidlich ruhig.

16. Oktober. Zeitweilig ruhig, dann wieder sehr erregt, so daß er nicht im Bett gehalten werden kann.

31. Oktober. Dauernd verwirrt, zeitweilig immer wieder hochgradig erregt.

1. Dezember. Seit letzter Zeit ganz ruhig, steht nachmittags auf.

1906. 9. Januar. In der Zwischenzeit stets ruhig, steht den ganzen Tag über auf. — Körperlicher Befund wie früher.

20. Januar. Heute morgen 6 Uhr plötzlicher Insult: brach zusammen und bekam krampfartige Zuckungen am ganzen Körper. Am Vormittag komatös, spastische Lähmung beider Beine und Arme. Patellarreflex beiderseits sehr gesteigert.

21. Januar. Heute wieder munter, nimmt von selbst Nahrung zu sich, versteht jedoch scheinbar nicht, was zu ihm gesagt wird.

22. Januar. Hat sich wieder vollständig erholt, versteht auch, was zu ihm gesagt wird. Schmierkur.

22. April. In der Zwischenzeit stets ruhig. — Wiederholte Schmierkuren. Die Lähmungserscheinungen und Sprachstörungen bestehen unverändert fort.

4. September. Dauernd ruhig, stumpf und gleichgültig.

1907. 28. November. In der Zwischenzeit stets ruhig, stumpf und gleichgültig.

Motorische Aphasie. R. Fazialisparese. R. Ptosis. Beide Pupillen reagieren normal. Monoparese des r. Arms. Ausgeprägte Muskelatrophie des r. Arms, rohe Kraft des r. Arms herabgesetzt. Patellarreflex beiderseits sehr gesteigert. Kein Fußklonus. Babinski beiderseits angedeutet. Gang unsicher, besonders mit dem r. Bein (leichte Parese). Bei passiven Bewegungen im r. Kniegelenk vermehrter Widerstand. Ausgeprägter Romberg. Keine Bauchdeckenreflexe. R. Kremasterreflex fehlt, l. normal. R. Plantarreflex fehlt, l. schwach. Schmerzempfindlichkeit der Haut und der Muskulatur scheinbar überall gesteigert. R. Kornealreflex ganz schwach, l. normal.

3. Dezember. Augenspiegelbefund: L. Papille und Retina o. B. R. Papille im ganzen verzogen und temporalwärts nicht ganz scharf abgegrenzt. Unterhalb der Papille finden sich in der Retina im Verlauf der Gefäße vereinzelte weißliche Flecken. Keine abnorme Gefäßfüllung.

1908. 1. Februar. Lähmungserscheinungen unverändert. Psychisch gleichmäßig ruhig, stumpf und gleichgültig.

## Fall IV.

F. K., Techniker, geb. 1876. Über erbliche Belastung ist nichts bekannt. Kein übermäßiger Alkoholgenuß. 1892 Drüsenvereiterung in der linken Leistenbeuge. Im Februar 1905 große spitze Warzen an der Glans penis. Dezember 1905 harter Schanker. 8 Wochen später Ausschlag an der Brust und den Beinen, spez. Behandlung. In der Nacht vom 22.-23. März 1906 Schwindelanfälle, konnte nicht schlafen, sah ein Muttergottesbild an der Wand hängen, das in Wirklichkeit nicht da war. Am nächsten Tage fühlte er sich gar nicht wohl. In der Nacht konnte er dann wieder nicht schlafen, hatte allgemeines Angstgefühl und Beklemmung, war unruhig und aufgeregt, glaubte sterben zu müssen, hatte Atembeschwerden, schwitzte stark. Den ganzen nächsten Tag über blieb er aufgeregt, verspürte eine auffallende Schwäche im linken Bein, so daß er es beim Gehen nachziehen mußte. Das Weiße in seinen Augen sei ganz schwarz gewesen, ebenso sei die Haut auf dem Rücken beider Hände ganz schwarz gewesen und an der Innenfläche beider Hände sei ihm das Wasser nur so heruntergelaufen. Die ganze nächste Zeit über war er aufgeregt und hatte allgemeines Angstgefühl. Er glaubte, alles mögliche zu sehen und zu hören. Er glaubte z. B. Leichenträger zu sehen, ferner Kränze; nachts traten Leute an sein Bett heran und sagten zu ihm, er müsse sterben; er wies sie jedoch zurück und meinte, es wäre noch nicht Zeit. Es fiel ihm ferner auf der Straße alles mögliche als absonderlich auf: irgendwelche Schrift, die er auf sich bezog; ferner das Militär auf der Straße: dachte daran, das Militär sei Kämpfer für den Kaiser, er selbst sei Kämpfer für Gott. Ferner hatte er Rauschen und Klingen in den Ohren, hörte

Pfeifen; das geringste Geräusch erklang ihm wie Donnern und als ein unheimliches Rollen. Am 20. Mai 1906 lief er mit einem Kruzifix in der Hand unter Lamentationen durch die Straßen. Darauf wurde er ins Krankenhaus gebracht. Dort kniete und betete er und sang Choräle. Nahrung nahm er nicht zu sich, war andauernd sehr erregt und schlug sich mit den Fäusten gegen Brust, Arme und Beine. Aufnahme in die hiesige Anstalt am 18. Juni 1906.

Bei seiner Aufnahme hierselbst zeigte er ein ruhiges und geordnetes Verhalten. Er war zeitlich und örtlich genau orientiert und gab auf alle Fragen, auch betreffs seiner Krankheit, sachgemäß und bereitwillig Auskunft. Mit Ausnahme der Vorgänge in den ersten 14 Tagen im Krankenhause, über die er sich nicht recht klar war, wußte er über seine ganzen Krankheitserscheinungen Bescheid. Daß das alles Krankheit gewesen sei, wisse er. Wie das alles gekommen sei, könne er sich nicht erklären. Jetzt habe er keine Beschwerden mehr, fühle sich ganz gesund und vollständig klar im Kopf.

Körperlicher Befund 20. Juni: R. Fazialisparese. Augen o. B. Gang o. B. Kein Romberg. Patellarreflex beiderseits nur ganz schwach angedeutet. Kein Babinski. Plantarreflex beiderseits lebhaft. Bauchdecken- und Kremasterreflex normal. Schmerzempfindlichkeit der Haut gesteigert. Keine Sprach- und Schriftstörungen.

5. Juli. In der Zwischenzeit gleichmäßig ruhig und geordnet. Seit heute verändert: mißmutig, deprimiert und weinerlich, zeigt einen verstörten Gesichtsausdruck, macht allerlei geheimnisvolle Andeutungen über seine eigene Sündhaftigkeit und Wertlosigkeit, verweigert die Nahrungsaufnahme. Er habe eine göttliche Botschaft von Maria und Jesus erhalten, daß er fasten und sich für eine göttliche Mission vorbereiten solle.

23. Juli. In der Zwischenzeit ängstlich erregt, zeitweilig Sondenfütterung.

4. August. Wieder ruhig und äußerlich geordnet.

15. August. Häufig Klagen über Kopfschmerzen, zeigt wieder einen ängstlichen Gesichtsausdruck, will nichts essen, bezieht die Reden der anderen Kranken auf sich, daß er nichts essen s o l l e , weint sehr viel.

20. August. Zunehmender ängstlicher Erregungszustand; er habe sich schwer versündigt, habe so leichtsinnig gelebt, sei dadurch krank geworden. Er verweigert die Nahrungsaufnahme; es habe ihn schon immer gequält, daß er entgegen seinem Schwur hier gegessen habe. Alles, was die Kranken hier sprechen, habe im großen und ganzen immer denselben Sinn, weil es eben nicht aus den Kranken selbst komme, sondern von Geistern herrühre, die aus den Kranken heraus sprechen.

13. September. Dauernd hochgradig ängstlich erregt, anhaltend Nahrungsverweigerung, fast täglich Sondenfütterung. Den Arzt werde die Strafe des Himmels treffen, weil er (Patient) so zur Nahrungs-

aufnahme gezwungen werde. Er sei verdammt und dürfe nicht mehr essen.

1. Oktober. Dauernd Nahrungsverweigerung, täglich Sondenfütterung.

2. November. Anhaltend hochgradig ängstlich erregt, sieht an der Decke Geister, Teufel und Fratzen, spricht immerfort vom Sterben.

6. Dezember. Seit einigen Tagen ruhiger und weniger ängstlich, fängt wieder an, selbst zu essen.

15. Dezember. In der Zwischenzeit ruhig, seit heute wieder hochgradig ängstlich erregt, weint und jammert viel, verweigert jegliche Nahrungsaufnahme. Sondenfütterung.

31. Dezember. Wieder ruhig, ißt von selbst.

1907. 20. Januar. Wieder Nahrungsverweigerung. Sondenfütterung.

15. April. In der Zwischenzeit anhaltend Nahrungsverweigerung: das Essen habe sowieso keinen Zweck, da ihm nachts immer Rauch und Dampf durch die Därme hindurchgelassen werde. Heute hat er wieder angefangen, von selbst zu essen.

16. Juni. In der Zwischenzeit ruhig, aber ganz uneinsichtig.

9. Juli. Abweisend, uneinsichtig, fühlt sich leicht verletzt, läßt sich selbst in seinem ganzen Verhalten sehr gehen, macht einen mäßig schwachsinnigen Eindruck.

23. Juli. Reizbar und abweisend, wird leicht sehr erregt: hier werde er nur krank gemacht, bekomme Gift in sein Essen, bekomme Morphium, damit er immer länger am Leben bleibe. Im Saale seien alle möglichen Dünste, die vom Teufel ausgehen. Sein Magen ziehe sich ganz zusammen. Er wolle als katholischer Christ leben und sterben, deswegen werde er nicht entlassen.

22. November. In der Zwischenzeit im allgemeinen ruhig, wird in der Unterhaltung leicht sehr erregt, äußert in uneinsichtiger Weise stets die gleichen Wahnvorstellungen.

1908. 1. Februar. Im allgemeinen ruhig, stumpf und gleichgültig, ganz uneinsichtig, macht im ganzen einen ziemlich schwachsinnigen Eindruck.

Körperlicher Befund: Rechts leichte Ptosis. Patellarreflexe fehlen. Sensibilität intakt. Im übrigen findet sich der gleiche körperliche Befund wie früher.

Fall V.

E. R., Landwirt, geboren 1864. Erblich nicht belastet. Hat nicht getrunken. Als Soldat Lues, zweimal Schmierkur. Verheiratet, drei Aborte, drei Kinder leben. Im Mai 1899 erkrankte er geistig unter den Zeichen von Depression: betete viel, war still und in sich gekehrt. Im März 1900 kam er ins Krankenhaus: war gehemmt, äußerte Selbstbeschuldigungen und fürchtete Gottesstrafen. Aufnahme in die hiesige Anstaltam 24. Juli 1900.

Körperlicher Befund: Im Nacken Leucoderma syphiliticum. Starke Pulsation der Karotiden. Aorteninsuffizienz, Puls schnellend. Arterien-

wand starr. Pupillen gleich, eng, nicht ganz rund, reagieren normal. Patellarreflexe lebhaft. Achillessehnenreflexe nicht auslösbar, Hautreflexe auch nicht auslösbar. Gang unsicher, breitbeinig. Kein Romberg. Sensibilität intakt.

Psychischer Befund: Ängstlich erregt, drängt fort, steigt aus dem Bett und bleibt neben demselben stehen, gehemmt, spricht nur hin und wieder leise und zögernd: er sei im Unterirdischen und müsse so brennen, alles tue weh.

17. August. Dauernd ängstlich erregt, betet viel. Dauernd Urinverhaltung. Katheterisation.

25. September. Ganz stuporös, murmelt unverständlich vor sich hin, setzt passiven Bewegungen einen gewissen Widerstand entgegen, kommt auch sonst keinen Aufforderungen nach.

29. September. Ruhiger, aber ganz verwirrt: er sei hier im Himmel, der Arzt sei Gott, der Pfleger wohl ein Engel. Weiß nicht, wie lange er sich hier befindet und wie alt er ist.

1901. 20. Januar. Negativistischer Stupor. Rechts Fazialisparese. Lebhafter Nystagmus horizontalis.

19. April. Jammert viel leise vor sich hin, ohne daß etwas zu verstehen ist, zeigt einen starren, schmerzlichen Gesichtsausdruck, rührt sich nicht, antwortet nicht.

24. Juli. Mutazistisch, Nahrungsverweigerung, Katalepsie, unsauber.

1902. 15. Juni. Unverändert negativistischer Stupor.

20. Dezember. Stumpf und gleichgültig, unsauber, muß gefüttert werden.

1903. 19. Februar. Hat angefangen, spontan zu essen, sich selber an- und auszuziehen und die Reinlichkeit zu wahren. Spricht von selbst einzelne Worte, antwortet jedoch nicht auf Fragen.

16. September. Dauernd sehr gehemmt, stumpf und gleichgültig.

1904. 16. April. Andauernd stuporös, spricht kein Wort, rührt sich fast gar nicht vom Fleck, ganz stumpf und teilnahmlos, ißt von selbst.

1905. 7. August. Andauernder Stuporzustand.

1906. 7. März. Stets sehr still, hat jedoch angefangen, sich etwas zu beschäftigen und hin und wieder zu sprechen.

20. Juli. Regsamer, lebendigerer Gesichtsausdruck, nimmt mehr teil an den Vorgängen in seiner Umgebung, gibt auch hin und wieder auf Fragen kurze Auskunft.

1907. 10. März. Zustand unverändert.

2. Oktober. Seit einiger Zeit regsam und fleißig, gibt auf Fragen sachgemäß und bereitwillig Auskunft. Zeitlich und örtlich orientiert. Er sei hierher gekommen, weil er damals krank war; hatte Angst; verschiedene Gedanken seien ihm immer in den Kopf gekommen, grübelte nach über die Allmacht Gottes; es war ihm so, als wenn er so viel gesündigt hätte und deshalb in die Hölle müßte; er glaubte immer, die andern

Leute wüßten seine Gedanken. Er sei ganz tiefsinnig geworden, habe sich immer mehr von den Leuten zurückgezogen; es sei ihm so gewesen, als wenn er nicht wert sei, sich unter Leuten zu bewegen. Früher sei es ihm immer so gewesen, als wenn er nicht sprechen konnte und durfte; das Gleiche sei es mit dem Essen und Arbeiten gewesen. Daß es mit ihm besser wurde, habe er daran gemerkt, daß er wieder Lust bekam, sich zu beschäftigen und sich mit andern Leuten zu unterhalten. Jetzt fühle er sich wieder ganz gesund.

Intelligenzprüfung: Habe die Schule bis zum 14. Lebensjahre, aber nur unregelmäßig besucht; habe schon während der Schulzeit das Vieh hüten müssen. $3 \times 17 = 51$. $37 + 18 = 55$. $43 - 19 = 24$. Nennt die Monatsnamen vorwärts und rückwärts geläufig und richtig. Die Bedeutung der großen kirchlichen Feste gibt er richtig an. Seine geschichtlichen und geographischen Kenntnisse sind seiner Schulbildung entsprechend.

3. Oktober. Körperlicher Befund: Beide Pupillen nicht ganz rund, lichtstarr, reagieren aber auf Akkomodation. Manubrium sterni stark vorgebuchtet. Starkes Aortenaneurysma. Rohr der Art. rad. ziemlich hart. Beim Stehen mit geschlossenen Augen leichtes Schwanken und Schwindelgefühl. Sehnen- und Hautreflexe normal. Sensibilität der Haut intakt. Keine Sprach- und Schriftstörungen.

3. Dezember. Augenspiegeluntersuchung o. B.

1908. 8. Januar. Psychisch gleichmäßig, ruhig und geordnet, macht jedoch einen etwas stumpfen und gleichgültigen Eindruck; auf Fragen gibt er sachgemäß Auskunft und beschäftigt sich stets fleißig. Er wird als gebessert nach Hause entlassen.

Wenn wir noch einmal rekapitulieren, so sehen wir, wie in dem ersten Fall bei einem 41jährigen Manne nach einem vorausgegangenen Insult einerseits eine Parese des rechten Arms, rechten Beins und rechten Fazialis, sowie Sprach- und Schriftstörungen resultieren und andererseits primär ein geistiger Schwächezustand eintritt, der sich dokumentiert durch Gedächtnisschwäche, Verlust der Merkfähigkeit, gemütliche Stumpfheit und Gleichgültigkeit, und der vollständige Leistungsunfähigkeit zur Folge hat. Die Erkrankung besteht jetzt etwa $6^1/_2$ Jahre und zeigt einen sehr langsamen Verlauf. Krankheitseinsicht besteht in hohem Grade. Die Behandlung mit ungt. ciner. blieb ohne sichtbaren Erfolg.

Bei dem zweiten Fall handelt es sich um einen 39jährigen Mann, bei dem ebenfalls nach wiederholten leichteren und schwereren Anfällen mit Sinnestäuschungen (Gesicht und Gehör) primär ein geistiger Schwächezustand eintrit: Gedächtnisschwäche und Verlust der Merkfähigkeit. Es besteht ein ausgeprägtes Krankheitsge-

fühl. Er äußert stets die gleichen Klagen über Stirnkopfschmerzen, Schwindelanfälle, Flimmern vor den Augen, Ohrensausen und Schwerhörigkeit. Er ist vollständig leistungsunfähig. Im allgemeinen zeigt er ein mehr stumpfes und gleichgültiges Verhalten, dann ist er auch wieder mehr ängstlicher und reizbarer Stimmung. Seine Sprache hat sich zunehmend verschlechtert, doch sind die Sprachstörungen nicht immer gleich stark. Die Pupillen sind ungleich und lichtstarr. Eine rechtsseitige Ptosis ist wieder zurückgegangen, und statt einer früheren rechtsseitigen besteht jetzt eine linksseitige Fazialisparese. Die Erkrankung besteht jetzt seit etwa $3^1/_2$ Jahren und ist ohne Erfolg mit Schmierkuren behandelt worden. In dem psychischen Verhalten ist im Laufe des letzten Jahres eine wesentliche Änderung nicht eingetreten.

Im dritten Fall handelt es sich um einen 35jährigen Mann, der jetzt $2^1/_2$ Jahre lang krank ist. Den Anfang der Erkrankung bildet wieder ein Insult mit nachfolgender Monoparese des rechten Arms. Ein Jahr später stellen sich leichte Sprachstörungen ein, und anschließend daran treten hochgradige halluzinatorische Erregungs- und Verwirrtheitszustände auf, die schließlich in einen sekundären Demenzzustand übergehen. In dem Auftreten der nervösen Erscheinungen sehen wir einen dauernden Wechsel. Zurzeit finden wir bei ihm motorische Aphasie, Parese des rechten Fazialis, rechten Arms und rechten Beins, rechts Ptosis und ganz schwachen Kornealreflex rechts. Psychisch macht er einen stumpfen und gleichgültigen Eindruck. Mehrere Schmierkuren sind ohne Erfolg geblieben.

Beim vierten Fall sehen wir, wie ein 30jähriger Mann erkrankt mit leichten Insulten, die sich dokumentieren durch Schwindelanfälle und plötzlich auftretende Schwäche im linken Bein. Darauf folgt ein melancholischer Depressionszustand mit zahlreichen Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen. Nach drei Monaten gehen die Krankheitserscheinungen scheinbar zurück, aber schon nach einem Monat erfolgt ein neuer Krankheitsausbruch: wieder etwa einen Monat lang ängstlich-erregt, Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen. Nach vierzehntägiger Ruhepause erfolgt ein neuer Erregungszustand, der dann allmählich übergeht in einen ausgesprochen paranoischen Zustand mit geistiger Schwäche. Er zeigt jetzt im ganzen ein stumpfes und gleichgültiges, vollständig einsichts-

loses, dabei ziemlich abweisendes Verhalten, äußert häufig Klagen über Kopfschmerzen, und bringt von Zeit zu Zeit immer wieder hypochondrische Wahnvorstellungen und Vergiftungsideen vor. Von körperlich-nervösen Erscheinungen finden sich rechtsseitige Fazialisparese, leichte Parese des rechten Beins und zuerst ganz schwach angedeutete, jetzt vollständig fehlende Patellarreflexe. Die Erkrankung besteht jetzt seit zwei Jahren. Schmierkuren sind ohne Erfolg geblieben.

In dem letzten Fall sehen wir, wie ein 36jähriger Mann erkrankt mit melancholischer Depression, worauf ein etwa $5^1/_2$ Jahre lang anhaltender Stupor folgt, der schließlich allmählich übergeht in eine weitgehende Remission. Abgesehen von einer leichten gemütlichen Stumpfheit und Gleichgültigkeit, war von einer geistigen Schwäche nichts zu merken, vor allem zeigte er auch keine Intelligenzschwäche. Jedenfalls zeigte er eine derartige Besserung seines psychischen Verhaltens, daß er nach neunjährigem Aufenthalt in der hiesigen Anstalt noch als gebessert und arbeitsfähig nach Hause entlassen werden konnte. Daß wir es nicht mit einer vollständigen Heilung zu tun haben, beweisen schon die auch bei der Entlassung vorhandenen vollständig lichtstarren Pupillen und der Romberg. Wir haben hier aber eine weitgehende Remission vor uns, von der die Zukunft zeigen muß, wie lange sie von Dauer sein wird. Zeitweilig fand sich während der psychischen Erkrankung Nystagmus horizontalis und rechtsseitige Fazialisparese. Außerdem leidet er noch an einem hochgradigen Aortenaneurysma. Während seiner psychischen Erkrankung ist er nicht spezifisch behandelt worden; dagegen hat er gleich nach der syphilitischen Infektion während seiner Dienstzeit als Soldat eine zweimalige Schmierkur durchgemacht.

Wir finden also, abgesehen von dem letzten Fall, in dem nach voraufgegangener melancholischer Depression ein Jahre lang anhaltender Stupor das Krankheitsbild beherrscht, in allen übrigen Fällen als endgültiges Krankheitssymptom geistige Schwäche, die nach voraufgegangenen Insulten teils primär, teils sekundär anschließend an halluzinatorische Erregungs- und Verwirrtheitszustände oder melancholische Depressionszustände resultiert. Wir haben es in allen unseren Fällen nicht mit vollständiger Demenz zu tun, sondern die geistige Schwäche dokumentiert sich überall fast

in gleicher Weise durch gemütliche Stumpfheit und Gleichgültigkeit, Gedächtnisschwäche und Verlust der Merkfähigkeit. In Fall 2 und 4 finden sich ganz zu Anfang der Erkrankung Halluzinationen des Gesichts- und Gehörssinns. Irgendwelche Andeutungen von Größenwahnvorstellungen finden sich in keinem der angeführten Fälle. In Fall 4 zeigen sich neben der geistigen Schwäche paranoide Wahnvorstellungen, hauptsächlich im Sinne der Verfolgung und Beeinträchtigung, die bisher von dem Kranken gelegentlich immer wieder geäußert werden, besonders in Erregungszuständen. Überall besteht ausgeprägtes Krankheitsbewußtsein. Als subjektive Klagen finden wir am häufigsten Klagen über Kopfschmerzen. Dazu tritt ein mannigfaltiges, wechselreiches Bild von körperlich nervösen Störungen. In allen unseren Fällen kommt als alleinige Krankheitsursache Lues in Betracht; vor allem ist auch übermäßiger Alkoholgenuß als Krankheitsursache auszuschließen. Erbliche Belastung ist in keinem Falle vorhanden. Hinzuweisen ist ferner auf das verhältnismäßig jugendliche Alter der Erkrankten (41, 39, 35, 30, 36 Jahre). Bei diesem verhältnismäßig jugendlichen Alter ist auch noch besonders auffallend das frühzeitige Auftreten von arteriosklerotischen Gefäßveränderungen, die sich in drei Fällen finden und besonders stark im letzten Fall mit einem ausgedehnten Aortenaneurysma. Diese frühzeitig auftretenden krankhaften Gefäßveränderungen müssen mit Sicherheit als luische Erkrankungen aufgefaßt werden, zumal andere schädliche Einwirkungen, besonders Alkohol, fehlen.

*Strümpell*[1]) hat wiederholt und zuletzt erst noch in seiner Arbeit „Über die Vereinigung der Tabes dorsalis mit Erkrankungen des Herzens und der Gefäße" auf die große Häufigkeit der echt syphilitischen Herz- und Gefäßerkrankungen hingewiesen. Ausdrücklich hebt er in der erwähnten Arbeit hervor, daß die gemeinschaftliche Entstehung von Gefäßerkrankungen und Tabes auf eine syphilitische Infektion zurückzuführen ist. Interessant ist in dieser Beziehung unser letzter Fall mit seinem hochgradigen Aortenaneurysma und der gleichzeitig bestehenden reflektorischen Pupillenstarre. Auch für die ganze Beurteilung der Geisteskrankheiten bei Gehirnsyphilis kommt

[1]) *Strümpell*, Über die Vereinigung der Tabes dorsalis mit Erkrankungen des Herzens und der Gefäße. Deutsche med. Wochenschr., 1907, 21. Nov.

die frühzeitig beginnende Arteriosklerose als wichtiges differentialdiagnostisches Hilfsmittel sehr in Betracht. Was den ganzen Krankheitsverlauf anbetrifft, so sehen wir, daß derselbe, abgesehen von dem letzten Fall, überall ein ausgesprochen ungünstiger ist; andererseits sehen wir aber auch, wie die Krankheit in allen Fällen sehr langsam und stationär verläuft und unterbrochen wird von häufigen mehr oder weniger weitgehenden und anhaltenden Remissionen. Bei dieser Gelegenheit möchte ich noch hinweisen auf die Arbeit von *E. Mendel*[1]) 1898: „Welche Änderungen hat das klinische Bild der progressiven Paralyse der Irren in den letzten Dezennien erfahren". *Mendel* erwähnt zunächst in dieser Arbeit als auffallende Tatsache das Zurücktreten der typischen Form der Paralyse (melancholisches oder hypochondrisches oder hypochondrisch-melancholisches Stadium, maniakalisches und dementes Stadium) gegenüber der dementen Form. Weiter macht er darauf aufmerksam, daß bei der typischen Form selbst speziell die Größenwahnvorstellungen im allgemeinen nicht mehr so exzessiv hervortreten, wie dies früher der Fall war. Als eine zweite Tatsache, welche in bezug auf den Verlauf der progressiven Paralyse in der neueren Zeit auffällt, hebt er das verhältnismäßig häufige Auftreten erheblicher Remissionen hervor. Ein Vergleich dieser Ausführungen mit dem geschilderten Krankheitsverlauf unserer fünf Fälle zeigt in mancher Beziehung eine ziemliche Übereinstimmung. Wie schon zu Anfang gesagt ist, wird die Differentialdiagnose häufig recht schwer sein. Wenn wir jedoch im Krankheitsverlauf ein so mannigfaltiges und wechselreiches Bild von körperlich-nervösen Störungen finden und uns ein wie oben geschilderter psychischer Befund entgegentritt, in dem einerseits Größenwahnvorstellungen und andererseits die der Paralyse eigene vollständige, tiefe Demenz fehlen, wenn wir weiter den äußerst langsamen, von häufigen und weitgehenden Remissionen unterbrochenen Krankheitsverlauf berücksichtigen, dann werden wir in den betreffenden Fällen progressive Paralyse ausschließen und an Geistesstörung bei Gehirnsyphilis denken müssen. Die Prognose auf Wiederherstellung bis zur Arbeitsfähigkeit muß für die Psychosen bei Lues cerebri im allge-

[1]) *Mendel, E.*, Welche Änderungen hat das klinische Bild der progressiven Paralyse der Irren in den letzten Dezennien erfahren? Neurolog. Zentralbl., 1898, Nr. 22.

meinen als ungünstig bezeichnet werden, abgesehen vielleicht von ganz leichten Fällen, die frühzeitig und möglichst lange einer energischen spezifischen Behandlung unterworfen werden. Bei schon längere Zeit bestehender Erkrankung dürfte von einer spezifischen Behandlung wohl kein Erfolg mehr zu erwarten sein. In vier von unseren fünf Fällen hat sich die zum Teil recht energisch durchgeführte spezifische Behandlung jedenfalls als vollständig erfolglos erwiesen. Der letzte trotz der langen Krankheitsdauer noch relativ günstig verlaufene Fall ist in der hiesigen Anstalt überhaupt nicht spezifisch behandelt worden; es ist allerdings dafür gleich nach der Infektion vor der psychischen Erkrankung und der Aufnahme in die hiesige Anstalt eine spezifische Behandlung eingeleitet worden.

# Zur perniziös verlaufenden Melancholie.

Von

Dr. **Döblin** in Buch, städt. Irrenanstalt.

Im folgenden berichte ich über zwei Fälle von Erkrankungen im höheren Alter, die sich von dem bekannten Bilde der Melancholie (im Sinne *Kräpelins*) abgrenzen. Die Fälle ähneln dem von *Nitsche* im Verein Bayerischer Psychiater 14. VI. 05 (siehe Allg. Zeitschr. 62. Bd., S. 864) vorgestellten, der sich nach *Nitsches* Meinung nicht einreihen ließ den seiner Schule bekannten Formen. *Kräpelin* selbst kennt Fälle (Lehrb. d. Psych. Bd. 2, S. 451), bei denen er es dahingestellt sein lassen wolle, ob diese ungemein schweren und das Leben ernstlich gefährdenden Krankheitsbilder wirklich immer der Melancholie angehören. Vielmehr habe er den Verdacht, daß es sich hier bisweilen um ganz andersartige, uns bisher nur ungenügend bekannte Krankheitsformen handele. Der anatomische Befund pflege ungemein schwere und ausgebreitete Veränderungen des Rindengewebes, insbesondere Untergang zahlreicher Nervenzellen, aufzuweisen, ohne daß doch zurzeit schon eine einigermaßen gesicherte Deutung derselben möglich wäre. Von *Wernicke* (Grundriß S. 468) werden Erkrankungen vom Typus einer ungünstig verlaufenden akuten progressiven Psychose beschrieben als zusammengesetzte Motilitätspsychosen (Angstpsychose und Motilitätspsychose).

Die letztgenannten Autoren berichten an den angezogenen Stellen nur über die außerordentlich hohen Grade, welche die Angst in einzelnen Fällen erreicht, den Hinzutritt hyper-parakinetischer Symptome, rhythmisch monotones Schreien, das selbstgefährliche Gebahren der Patienten. In *Nitsches* Fall entwickelte sich bei einer 47jährigen Frau nach mehrmonatiger Depression und Schlaflosigkeit eine heftige Angstpsychose mit Versündigungsideen, Furcht, schwanger

zu sein, bei erhaltener Besonnenheit. Nach zehn Tagen Verworrenheit mit Angst und sinnloser Erregung, dann ein eigentümlicher tiefer Verworrenheitszustand mit Ratlosigkeit, wenig Affekt, großem Sprechdrang, Inkohärenz, ziellosem, wenig energischem Bewegungsdrang; die Patientin war sehr schwer fixierbar, nicht ablenkbar. Trotz sorgfältigster Ernährung war das Körpergewicht rapid gesunken. Der Autor fügt hinzu, daß, wenn es gelinge, die Kranke am Leben zu erhalten, Ausgang in psychische Schwäche wahrscheinlich sei.

Die beiden folgenden Fälle verliefen letal. Den eigentümlichen Verworrenheitszustand bei großem Sprechdrang, wenig Affekt, Inkohärenz boten beide Patientinnen; die Fälle sind aber insofern nicht konform dem *Nitsches*, als der Verworrenheitszustand nicht als selbständiger Abschnitt über längere Zeit verlief, sondern vorübergehend tagelang oder bloß stundenlang sich abhebt aus schwerer Angsterregung. Klinisch waren die Fälle sehr ähnlich; der Sektionsbefund war auffallend dürftig. Einen Überblick über den Verlauf geben folgende Journalauszüge.

Frau T., 57 Jahre alt, aus gesunder Familie, vier Partus, Klimakterium vor acht Jahren. In den letzten Jahren Kopfschmerzen, dazu mißgestimmt. Seit März 1907 bettlägerig, klagt über Schwäche, Schlaflosigkeit, Kopfweh, hat eigentümliche „Anfälle": die Brust flog ihr, sie fror und war heiß, sie zitterte und schüttelte sich, sprach dabei und war bei Bewußtsein; fünf Minuten Dauer. Seit da viel mit sich beschäftigt und versunken, blieb mitten im Satz stecken, wollte gesund werden, drängte ins Krankenhaus. Sie wußte selbst nicht, was sie wollte. Keine nächtliche Unruhe, kein Stimmungswechsel, weint zuletzt viel. Zitteranfälle oft zweimal täglich. Am 5. August 1907 in Buch aufgenommen. Die peripheren Gefäße weich, aber geschlängelt; Urin o. B.; keine Halbseitensymptome, dagegen Druckpunkt der Mamma, eines Wirbels. Sei seit März im ganzen Körper ängstlich. Bei der Intelligenzprüfung ruhig, zeigt keinen Defekt. Ist im folgenden gedrückt, für sich zum Weinen geneigt, sieht viel zum Fenster hinaus; hat sicher Bedrohungshalluzinationen, „Fertig zum Abschlachten", neigt zur Eigenbeziehung.

7. August. Klagt über Angst, schwer zur Auskunft zu bewegen. Aufmerksam, gespannter Gesichtsausdruck; wird nie gesund werden. Immer am Fenster stehend.

10. August. Zunehmende ängstliche Unruhe.

10. September. Unverändert gespannt. Fragt, ob die Beruhigungsmittel nicht Gift enthalten; woher sonst das beängstigende Gefühl käme.

11. September. Rapider Erregungsanstieg. Geht umher, jammert: „Was hab ich getan, was hab ich getan?" Redet ununterbrochen, ist nicht zu fixieren. Zerreißt abends ihre Kleider, zerschlägt einen Stuhl.

12. September. Gestern abend noch Scheibenschlagen. Wiegt sich im Bett hin und her, zerkratzt sich die Brust, heult laut. Hat sich hinten im Rachen blutig gekratzt, speit Blut. Dauerbad. Wiederholt monoton: „Gnade, Gnade! Was hab ich getan? Was hab ich denn gemacht? Hab ich in meiner Angst was gemacht? Ich schrei so, weil es mich packt. Was ist mit mir vorgegangen? In meinem Kopfe dröhnt es."

20. September. Beruhigung eingetreten. Bettlagerung. Klammert sich an, wimmert: „Erbarmen, Gnade usw., erbarmen Sie sich ein einziges Mal. Bin ich denn solch eine Sünderin?"

7. Oktober. Wird immer stiller. Spricht sehr wenig, nur spontan. Keine Spannung des Gesichtsausdrucks; ratlos, hilflos. Auffällt die starke Abmagerung; keine lokale Ursache auffindbar. Ißt schlecht; bricht bisweilen, Sondenfütterung.

20. Oktober. Patientin geht öfter aus dem Bett. Der Gesichtsausdruck ist maskenhaft unbelebt. Spricht vor sich hin, nimmt alles auf, was sie im Saale hört, bezeichnet, was sie sieht, läßt sich nicht stören in ihrem Treiben. Lächelt öfter, wendet sich ab.

21. Oktober. Wie eine Katatonische in Mimik, Unbeeinflußbarkeit. Wiederholt immer ein und dasselbe, Affekt nicht erkennbar. Ruhiger sonst im Bett; ißt besser, mechanisch.

23. Oktober. Heute wieder freier; wimmert wieder; murmelt viel, sehr leise, unverständlich vor sich hin. Ist zu keiner Antwort zu bewegen, zeigt auf Aufforderung nicht die Zunge, gibt nicht die Hand; dabei schweifender Blick.

15. November. Patientin liegt still im Bett; spricht gar nicht. Fortdauernde Verschlechterung des Körperzustandes; bricht häufig; keinerlei Medikation. Gesichtsausdruck apathisch.

3. Dezember. Keinerlei Veränderung psychisch; völlig stumm. Leidender Gesichtsausdruck. Somatisch lokal nichts zu finden.

22. Dezember. Exitus letalis.

Der Sektionsbefund zeigt im wesentlichen hochgradige Abmagerung, ein kräftiges Herz, keine Herzmuskelerkrankung; die Magenschleimhaut ist aufgelockert. Die Aortenintima leicht gelblich, aber ohne Einlagerung, die Hirngefäße völlig frei von Arteriosklerose, keine makroskopischen Herde und Veränderungen; Hirnhäute o. B. Als Todesursache wird Erschöpfung angenommen.

Zweiter Fall. Frau M., 63 Jahre alt. Vater soll geisteskrank gewesen, ein Sohn ebenfalls gestorben. Klimakterium vor elf Jahren. Patientin war immer reizbar, zanksüchtig. Seit drei Jahren erregter. Gegen Mitte 1907 beginnt Unruhe mit Ängstlichkeit; Patientin wird unstet, wandert herum. Klagt über Herzdruck, anfallsweise auftretende

Magenschmerzen. Will ins Krankenhaus, ist mit keiner Behandlung zufrieden. 29. Oktober 1907 aufgenommen, klagt über Unruhe; hypochondrische Beschwerden: Zunge sei so belegt, Stuhlgang schlecht; orientiert, gibt bereitwillig, etwas weitschweifig Auskunft. Bietet keinerlei Intelligenzdefekt. Gespannter Ausdruck, negiert Halluzinationen.

11. November. In den ersten Tagen unauffällig, jetzt zunehmende Ängstlichkeit und Unruhe.

25. Dezember. Wesentlich gleichbleibend.

9. Januar 1908. Still, okkupiert, mißtrauischer, beobachtender Blick, hat Beziehungsideen, Phoneme, die ihr sagen, sie solle dies und dies tun, damit sie gesund werde usw. Habe gestern geschwiegen, weil die Stimme das gesagt habe. Reibt mit den Händen zusammen; leichte sonstige motorische Erregung.

15. Februar. Außerordentliche Angst. Vage Versündigungsideen; klammert sich an, bittet um Verzeihung.

25. Februar. Eigentümliche, stundenlang dauernde Zustände (besonders in der Mittagszeit nach dem Essen). Patientin wandert herum, steht an der Tür, drängt hinaus, spricht vor allem andauernd inkohärent. Sie benennt in beliebigem Zusammenhang alles, was sie sieht, greift im Saale fallende Worte auf. Bisweilen gelingt es, sie zu fixieren; antwortet auf die Frage, warum sie so sinnlos durcheinanderrede: „Ich weiß selbst nicht, warum ich so viel spreche", redet dann aber gleich sinnlos weiter. Der Affekt ist schwer zu benennen; gewisse Unruhe, aber flacher als sonst. Der Gesichtsausdruck entspannt; neugierig vielleicht. Dies geht nach einiger Zeit kontinuierlich in die übliche ängstliche, gespannte Unruhe über: wiegt sich im Bett, ringt die Hände, bittet um Einlauf wegen Verstopfung: „Verzeihung, daß ich unten hingefaßt habe."

12. März. Zunahme der Intensität des Prozesses.

16. März. Etwas ruhiger; besser im Bett; spricht nicht mehr so viel; ißt schlecht.

18. März. Die Patientin erschien in den beiden letzten Tagen etwas schwächer, ohne daß lokaler Verdacht vorläge. Heute morgen ohne Vorboten plötzlicher Exitus letalis.

Der Sektionsbefund befriedigte nicht recht. Kräftige Frau. Keine Herde oder Entzündungen im Gehirn, keine Arteriosklerose der Hirngefäße. Herz recht gut; die Aortenintima leicht gelb verfärbt, ohne Plaques, Leber und Nieren blaß gelblich. Magen, Darm o. B.

In beiden Fällen liegt ein Bild vor, das zunächst durchaus von der Angst beherrscht wird, welche die hohen Grade der Melancholia activa erreicht, dazu Beziehungsideen, Versündigungsideen, phantastischer Bedrohungswahn, Phoneme. Vorübergehend treten nun affektflache Zustände auf mit Sprech- und Bewegungsdrang, Inkohärenz, Ziellosigkeit; letaler Ausgang ohne befriedigende lokale Ur-

sache. Die Zustände als „Steigerung", „Wellengipfel" der Angst im Sinne *Wernickes* aufzufassen, geht nicht an; sie erheben sich nicht auf dem Gipfel der Angst, lassen diesen Affekt nicht in ihrem Ablauf hinreichend erkennen, erscheinen im ganzen andersartig, keinem Ausdruck des Affekts dienend. In den Krankheitsverlauf dürfte nur mit Zwang eine psychologische Einheit hineinkonstruiert werden können. Ob der perniziöse Verlauf etwa nur auf Kosten der Schwere der Angsterregung zusammen mit komplizierenden Faktoren (Alter der Patientinnen, die leichte Arteriosklerose usw.) zu setzen sei, bleibt dahingestellt; der Kräftekonsum war bei der kontrollierten Ernährung jedenfalls auch nach Fortfall der Erregung im ersten Fall progressiv. Das klinische Bild ist recht eigenartig und erinnert an die gleichfalls schwer rubrifizierbaren katatonoiden senilen Formen, die in Schwachsinn übergehen.

# Ein Fall von Bromismus.

Von

Dr. **Hankeln** in Königsberg.[1])

In der Armen- und poliklinischen Praxis besteht bekanntlich noch vielfach die Gewohnheit, den Kranken das Bromkalium in größeren Mengen zu verschreiben und ihnen die Weisung mitzugeben, sich selbst eine Lösung anzufertigen. Diese Art der Verordnung kann jedoch ohne genau gegebene Vorschrift für die Anfertigung der Lösung und ohne warnenden Hinweis auf die Möglichkeit von etwa auftretenden Nebenwirkungen, zuweilen auch infolge mißverständlicher Auffassung der Verordnung seitens des Kranken bedenkliche Folgezustände herbeiführen.

Ein vor kurzem in der hiesigen psychiatrischen Klinik beobachteter Fall[2]), dessen Krankengeschichte mir von Herrn Prof. *Meyer* bereitwilligst zur Verfügung gestellt wurde, möge zur Bestätigung des eben Gesagten dienen.

K., Martha, 49 Jahre alt, ledig. Aufgenommen am 2. Januar 1908. Eltern gesund gewesen. Eine Tante väterlicherseits geisteskrank, ein Neffe befindet sich noch in der Anstalt. Im achten Lebensjahre Auftreten von Epilepsie; bis zum 14. Jahre leichte Anfälle von kurzer Dauer, dann schwere Krampfanfälle mit Zungenbiß in verschieden langen Zwischenräumen. Allmählich wurden die Zwischenzeiten immer größer; Im Alter von 21 Jahren hörten die Anfälle auf. Wiederauftreten derselben nach jahrzehntelanger Pause im vergangenen Sommer. In der Schule nicht besonders gut gelernt. Viele Sorgen gehabt, viele traurige Tage erlebt. Soll immer sehr „nervös" gewesen sein, sonst sei aber in ihrem

[1]) Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität in Königsberg (Direktor: Prof. Dr. *E. Meyer*).

[2]) Vorgestellt von Herrn Prof. *Meyer* im Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg am 6. 1. 08. Vgl. Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 9.

Verhalten nichts Besonderes aufgefallen. Hat zu Hause die Wirtschaft geführt. Im vergangenen Sommer Anfall mit Zungenbiß, dann seit etwa ¼ Jahr öfter Auftreten von Schwindelanfällen. Gleichzeitig Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Übelkeit (einmal Erbrechen), Abnahme des Körpergewichts. Wurde von ihrem Arzt mit Brom in schwacher Lösung, Veronal, Valyl behandelt. Ein anderer zugezogener Arzt verordnete eine starke Bromkaliumlösung, und zwar 50,0 Kal. bromat. auf 200,0 Wasser, hiervon dreimal täglich einen Teelöffel. Statt dessen nahm sie jedoch dreimal täglich einen Eßlöffel, verbrauchte also täglich etwa 11,0 g. Nachdem die Kranke etwa 2½ Wochen lang das Brom in der angegebenen Weise genommen hatte, beobachtete man Sprachstörungen, taumelnden Gang, Schlafsucht, geringe Nahrungsaufnahme. Als sie auf Anraten des Arztes weniger Brom nahm, schlief sie nicht, hatte viel Gesichtshalluzinationen (besonders ängstlicher Natur): sah allerlei Gestalten, die ihr etwas antun wollten, an verschiedenen Gegenständen sah sie Aufschriften, Männer und Pferde kamen aus dem Ofen. Hatte den unwiderstehlichen Trieb, auf die Straße zu gehen, zu verreisen, sprach von Verehrern, verkannte Personen (ihr eigenes Dienstmädchen). Chloralhydrat und Morphium hatte nur vorübergehenden Erfolg. Da die genannten Krankheitserscheinungen von neuem auftraten, wurde sie am 2. Januar 1908 in die Klinik gebracht. In etwa drei Wochen hatte sie 150 g Bromkalium verbraucht.

Status praesens. I. Psychisch. Bei der Aufnahme erscheint die Kranke völlig ruhig und geordnet. Ihre Personalien gibt sie richtig an. Auch über den Verlauf ihrer Krankheit macht sie zutreffende Angaben. Der Ablauf der Vorstellungen ist jedoch sehr gehemmt. Sie denkt lange nach, bevor sie eine Antwort gibt, dabei verbessert sie sich häufig. Seit etwa zehn Tagen kämen ihr Tag und Nacht, besonders aber nachts, Bilder vor Augen, allerlei Tiere und Menschen. Sah das Türschloß sich bewegen. In der Nacht hätten ihr die Leute Bilder vorgemacht, sie sei völlig wach gewesen. Sie habe die Menschen auch gesehen. Ihrer Ansicht nach seien es wirkliche Bilder gewesen, die Leute wollten sie wohl schneller fortbekommen. „Heute wurden sie gestört, sie streuten eine Menge Pulver aus, das einen betäubenden Dunst verbreitete. Es roch im Zimmer, die Augen sind noch so angegriffen." Die Sprache ist schwerfällig, sehr nasal, undeutlich, verwaschen. Gegenstände erkennt sie richtig. Sie habe früher sehr flott und gut rechnen können.

(7×13?) = —— 41 ——— 213 —— 91.
(71—29?) = ——————— 40.
(17+18?) = —— 60; (was gefragt?) ———.
(7×9?) = 63.
(77—19?) = ——— 56; (was gefragt?) ———.
(9×12?) = 108.
(33+19?) = —— 44; (was gefragt?) 33+19 — 31+19 ——
33+19 = ———.

(33+9?) = — — 22; (was gefragt?) 22+9 = 31.
(Datum?): — — —.
(Monat?): Januar 1908.
(Silvester?): Vor einigen Tagen.
(Wochentag?): Sonnabend, nein Freitag (Donnerstag).
(Erdteile?): +.
(Kaiser?): Wilhelm II.
(Vater des Kaisers?): Wilhelm I.
(Großvater?): Wilhelm (Vater hieß doch Friedrich). Ach ja, richtig.

II. Körperlich. Ist klein und schwächlich, Ernährungszustand dürftig, hat stark gelichtetes Haupthaar, beinahe Glatze. Innere Organe ohne besonderen Befund. Temperatur 36,8, Puls 72. Pupillen sehr weit. Reaktion auf Licht träge, beiderseits gleich. Augenbewegungen frei. Konjunktival- und Kornealreflex schwach. Rachenreflex sehr schwach. Die Zunge wird gerade und stark zitternd herausgestreckt. Es besteht Mastodynie und Ovarie. Patellarreflex beiderseits erheblich gesteigert. Achillessehnen-, Fußsohlen-, Abdominalreflex ohne Befund. Kein Fußklonus. Motilität und Sensibilität ohne Störungen. Der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker, enthält aber viel Brom, das sich ohne vorherige Veraschung nachweisen läßt (Prof. *Ellinger*).

Die heute gelieferte Schriftprobe (Namen, Wohnort und Wohnung richtig und fehlerfrei niedergeschrieben) läßt nichts besonders Charakteristisches erkennen. Sie schreibe jetzt aber viel schlechter als früher. Einen zusammenhängenden Brief könne sie zurzeit nicht schreiben.

3. Januar. Die Kranke hat nachts fast gar nicht geschlafen, war aber leidlich ruhig. Macht bei der Visite einen unklareren Eindruck wie gestern. Sie sei seit vorgestern hier, wisse nicht, was für ein Haus es sei, wenige Minuten später kann sie aber beides richtig angeben. Das Datum weiß sie nicht, den Monat ja, den Wochentag gibt sie falsch an. Sie habe allerlei Flocken und Dünste gemerkt, dann sei hier eine Uhr gewesen, es wurde in der Nacht eine Uhr verkauft, sie habe die Uhr gesehen, dann habe sie so viel Menschen sprechen hören, es sei doch heute etwas Besonderes los, sie habe doch sagen hören, es sei einer gewählt worden. Sie sei dadurch aufgeweckt worden, deshalb solle auch die Uhr verkauft werden. Die Uhr hatte ein kupfernes Gehäuse, sie war zum Öffnen, es zeigten sich dann allerlei merkwürdige Dinge, Konzertvorträge und anderes. Es seien verschiedene Uhren derselben Art gewesen. Sie habe die Uhr erst heute gesehen, dann sagt sie wieder, die Uhr habe sie schon immer interessiert. Sie habe eine solche mal in einem alten Hause gesehen, hier sei zwar ein Krankenhaus, aber der andere Teil des Hauses, in dem die Menschen waren, sei wohl etwas anderes.

4. Januar. Heute auffallend heiter und scherzhaft.

(Kennen Sie mich?): Allselbstverständlich — Buchholz — Ministerialuntersuchungsminister.

(Wo hier?): Frauenklinik.
(Datum?): Sechsten, denke ich.
(Monat?): Januar.
(Jahr?): Weiß ich nicht.
(Krank?): Nein.
(Weshalb hier?): Herr Professor ließen mich doch rufen.
(Früher krank?): Nur epileptische Anfälle.
(Sprache in Ordnung?): Herr Professor meinten doch, ganz nicht.
(Seit wann?): Seit vier bis fünf Wochen.
(Wodurch?): Weiß ich nicht.
(Haben Sie Medizin genommen?): Nein — mir ist die Medizin entfallen — hießen sie nicht Brausepillen?
(Wo gestern?): Bei Verwandten — Onkel gestorben.
(Kopf schwach?): Jetzt geht es ja.
(Wer bin ich?): Wird richtig beantwortet, war vor fünf Minuten gesagt worden.
(7×8?): = 56.
(14+19?): = 59.
(87—18?): = — — — (was gefragt?): 87—19 — — —.
(Wie lange hier?): — — Seit 1. Juli.
(Haus?): Wohnhaus.
Wenn man die Kranke nicht anredet, sitzt sie schläfrig da, spricht nicht. Vergißt sehr schnell, verwechselt. Weiß ungefähr, wie lange sie in diesem Zimmer ist.
(Können Sie gut schreiben?): Das kommt darauf an, liegt an Papier und Feder.
Sprache sehr undeutlich und anstoßend. Lesen ohne gröbere Störung für kurze Zeit. Sie habe gut gelernt, aber alles vergessen.
(Kaiser?): Wilhelm II.
Kenntnisse aus früherer Zeit gut.
(Wo gestern?): Zu Hause.
Fabuliert über die letzten Tage.
6. Januar. Hat vorgestern einen Brief geschrieben, dessen Nachbildung die vorhandenen Störungen der Schrift: zitternde, kritzlige, unordentliche Züge, Auslassen von Buchstaben, Silben und ganzen Wörtern sowie den unsinnigen Inhalt deutlich erkennen läßt (vgl. Faksimile).
Ist heute besser orientiert, weiß Datum und Ort, behält auch besser; Sprache noch deutlich gestört.
7. Januar. Glaubt, daß Verwandte draußen sind, die sie besuchen wollen, sonst ruhig. Nahrungsaufnahme und Schlaf mäßig; glaubt bestimmt sie müsse jetzt sterben.
8. Januar. Schreibt eine inhaltlich völlig geordnete Karte; Schrift ohne Störung. Weiß Datum, Jahr und Wochentag, auch, daß sie sich im Krankenhaus befindet. Sprache artikulatorisch nicht mehr gestört.

(Weshalb hier?): Weil ich krank gewesen bin, es hieß, ich habe zu viel Brom genommen.

(Wo krank?): Der Kopf war nicht klar.

(Gestalten gesehen?): Früher ja, in den ersten Tagen, seit drei Tagen nicht mehr.

(Waren sie wirklich da?): Nein, wohl nicht, es war jedenfalls Krankheit.

(Was war mit der Uhr im kupfernen Gehäuse?): Existiert auch nicht.

Bezüglich der Verwandten von gestern gibt sie zu, daß es ein Irrtum gewesen sein kann.

Sprache noch hin und wieder schwerfällig.

9. Januar. Steht auf zwei Stunden vor- und nachmittags auf, fühlt sich wohler, doch sei der Kopf noch eingenommen.

11. Januar. Während eine Kranke in einem benachbarten Bett einen hysterischen Anfall bekommt, tritt bei unserer Kranken ein mittelschwerer epileptischer Anfall mit Zuckungen am ganzen Körper, Zungenbiß und völlig erloschenem Bewußtsein auf. Nachher sehr matt, Kopfschmerzen. Nachmittags noch ein Anfall in derselben Weise. — Abends Chloralhydr. 2,0.

12. Januar. Gut geschlafen. Klagt über Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und große Mattigkeit. — Chlorhydr. 1,0 abends.

17. Januar. Appetit schlecht, Schlaf leidlich ohne Schlafmittel. Fühlt sich noch wenig wohl, klagt über Mattigkeit und ein Gefühl, als ob die Stirngegend ganz dick sei, der Kopf sei noch nicht in Ordnung, das Denken gehe noch schlecht; ist aber im übrigen völlig orientiert und geordnet.

Zu weiterer Erholung auf die Innere Abteilung verlegt.

Wenn ich die hauptsächlichsten Krankheitserscheinungen noch einmal in Kürze zusammenfasse, so handelt es sich um eine Kranke, bei der nach jahrzehntelanger Pause im Sommer vorigen Jahres wieder vereinzelte epileptische Anfälle und andere nervöse Störungen auftraten, die zum Gebrauch von Bromkalium führten, von dem in kurzer Zeit sehr große Mengen genommen wurden. Bald nach Beginn der Bromkur wurden Störungen der Sprache und der Schrift bemerkt, die Kranke wurde verwirrt, schlaflos, aß wenig und hatte viel Gesichtshalluzinationen. Sie war sehr gehemmt und ließ eine hochgradige Störung der Merkfähigkeit erkennen. In körperlicher Beziehung zeigten sich träge Reaktion der Pupillen, Abschwächung des Konjunktival-, Korneal- und Rachenreflexes, erhebliche Steigerung der Patellarreflexe und starker Gehalt des Urins an Brom. Nach Aussetzen des Broms konnte man ein allmähliches Zurückgehen der

Krankheitserscheinungen feststellen. Bemerken möchte ich noch, daß von der Darreichung größerer Kochsalzdosen Abstand genommen wurde, weil eine Indikation hierzu nicht vorlag.

Bei der Beurteilung dieses Falles liegt der Gedanke, daß es sich um Bromvergiftung handele, wohl am nächsten. Die artikulatorische Sprachstörung sowie die Störung der Schrift ließen wohl vorübergehend an Paralyse denken, aber wegen des schnellen Ablaufens der Sprach- und Schriftstörung sowie wegen des Fehlens der Demenz und sonstiger für Paralyse charakteristischer Merkmale konnte diese Diagnose ausgeschlossen werden.

Bei der Art des Grundleidens konnte natürlich auch an einen epileptischen Verwirrtheitszustand gedacht werden. Daß die Kranke bisher nicht an transitorischen Bewußtseinsstörungen gelitten hatte, spricht nicht dagegen. Auffallend war aber für eine solche Annahme einmal, daß das Bewußtsein nicht sehr schwer getrübt war, trotzdem sehr zahlreiche Sinnestäuschungen vorhanden waren. Bei den epileptischen Verwirrtheitszuständen pflegen Verwirrung und Erregung stärker zu sein, oder es besteht ängstlicher Stupor, auch haben die Sinnestäuschungen und Wahnideen vielfach gewalttätigen, übernatürlichen, bizarren und nicht selten religiösen Charakter. Wenn auch schließlich die verschiedenartigsten Verwirrtheitszustände bei der Epilepsie vorkommen, so entspricht doch der Zustand unserer Kranken in seiner äußerlich ruhigen, mehr besonnenen Form in keiner Weise den bekannten Bildern der epileptischen Verwirrtheit, erinnert dagegen außerordentlich an die Intoxikations- und Infektionsdelirien.

Bei letzteren hat man z. B. auch eine ähnliche Sprachstörung beobachtet, insbesondere bei den Pocken (*C. Westphal*) und bei Influenza.

Da aber für eine infektiöse Ursache keinerlei Unterlage vorhanden ist, so drängt alles zur Annahme einer Bromvergiftung, worauf ja auch die Vorgeschichte mit Bestimmtheit hinweist, da die psychische Störung sich unmittelbar an den Genuß hoher Bromdosen angeschlossen hat.

Ein Fall, der mit dem hier beobachteten in mancher Beziehung Ähnlichkeit hat, ist von *Boettger* [1]) beschrieben worden. Einem 29 Jahre

[1]) Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 35, S. 329.

alten Herrn war vom Hausarzt wegen anhaltender Schlaflosigkeit der tägliche Gebrauch von 5 bis 6 g Bromkalium verordnet worden. Das Bromkalium sollte aus der Apotheke in Substanz bezogen und ein bestimmtes Quantum davon aufgelöst werden. Die verordnete Dosis wurde aber vom Kranken je nach Befinden selbständig modifiziert. Der tägliche Verbrauch schwankte zwischen 3 und 12 g. In 4½ Monaten wurden 1100 g verbraucht. Überführung in die Anstalt erforderlich. Diagnose: Paralyse (vom Hausarzt festgestellt). Aus dem damaligen Status sei hervorgehoben: Patient bietet den Typus geistigen und körperlichen Verfalls; auffallend schlaffe Gesichtszüge, Pupillen stark different, linke kleiner als rechte, Reaktion sehr träge. Sprache schwerfällig, langsam; „Patient macht oft lange Pausen, als ob er sich auf die Worte besinnen müßte". Auch in der Anstalt hatte man anfangs den Eindruck gehabt, als ob es sich um Paralyse handele. Da aber bald nach Aussetzen des Bromkaliums auffällige Besserung eintrat, wurde das Krankheitsbild als Bromismus erkannt. Unter entsprechender Pflege trat dann allmähliche Wiederherstellung ein.

Um nun die Frage zu beantworten, wie in unserem Falle die Entstehung des Bromismus wahrscheinlich zu erklären ist, erscheint es mir angezeigt, auf die Wirkungsweise des Broms im tierischen Körper einzugehen. Abgesehen von den Untersuchungen von *Nencki*, *Flechsig*, *Kunkel* u. a. haben wir hierüber hauptsächlich durch die sehr eingehenden Untersuchungen von *Laudenheimer*[1]) in der Leipziger Klinik und von *J. Hoppe*[2]) im Uchtspringer Laboratorium wertvolle Aufschlüsse erhalten. *Laudenheimer* konnte feststellen, daß das Bromsalz aus dem Organismus zunächst nicht in derselben Menge ausgeschieden wie es eingeführt wird. Es wird vielmehr zunächst der größere Teil des eingeführten Salzes „im Körper aufgespeichert", es kommt zur Bildung eines „Bromdepots", dessen Höhe sehr verschieden groß ist (bis 52 g). Der größte Teil des Broms wird nun, wie die jahrelangen Untersuchungen in Uchtspringe ergeben haben, nicht in den Organen, sondern im Blutserum zurückgehalten, also dort, wo sich auch die Hauptmenge des Kochsalzes findet. Zu demselben Ergebnis war auch *Kunkel*[3]) bei seinen Untersuchungen gekommen. Er hatte vor allem die überraschende Tatsache festgestellt, „daß das Brom an die Stelle des im

[1]) Neurolog. Zentralbl. 1900, S. 970 und Neurol. Zentralbl. 1901 S. 772.
[2]) Neurolog. Zentralbl. 1906, S. 993.
[3]) Münch. med. Wochenschr. 1898, Nr. 28.

Organismus im Chlornatrium festgelegten Chlor treten kann, daß das Bromnatrium namentlich im Blute das Chlornatrium zu verdrängen oder in gewissem Umfange zu ersetzen vermag". Nun tritt nach *Hoppe* „die klinisch erkennbare Bromwirkung erst ein, wenn ganz bestimmte Chlormengen im Serum durch Brom ersetzt sind", zumeist handelt es sich um den Ersatz von etwa $^1/_4$—$^1/_3$ des im Serum vorhandenen Chlors durch äquivalente Brommengen. Sei dieser Zeitpunkt erreicht, dann müsse darauf geachtet werden, dies Verhältnis konstant zu erhalten; eine weitere Verschiebung zugunsten des Broms würde zur Bromintoxikation führen.

Die größte Bedeutung für die Ausscheidung der Bromsalze haben außer dem Salzgehalt der Nahrung und dem Gehalt der Körperflüssigkeit an Chloriden die ausscheidenden Organe des Körpers, also die Nieren. Sind diese wie bei Kindern funktionstüchtig, so werden die Bromsalze besser vertragen als von Erwachsenen, deren Nieren infolge von allerlei Schädlichkeiten meistens nicht mehr als vollwertig angesehen werden können. Kommt es aus irgend welchen Gründen, wie z. B. beim Einsetzen einer Pneumonie, zu einem fast gänzlichen Aufhören der Halogenausscheidung, so werden gleichzeitig auch die Bromide zurückgehalten. Wenn man nun sonst die Bromzufuhr nie plötzlich unterbrechen soll, so würde es in einem solchen Falle ein schwerer Fehler sein, das Brom weiter zu geben. Da die Halogenausscheidung bis zum Tage der Krisis stockt und erst einige Stunden vor Eintritt derselben wieder beginnt, so läßt sich leicht berechnen, daß es beim Weitergeben derselben Bromquantitäten zu einer Aufspeicherung recht beträchtlicher Brommengen kommen muß, die dem durch die Infektion geschwächten Kranken sehr verhängnisvoll werden können.

Der Salzgehalt der Nahrung übt einen bestimmenden Einfluß auf den Zeitpunkt des Eintritts der Bromwirkung aus. Bei salzarmer Kost (wie nach *Toulouse-Richet*) tritt die Bromwirkung bereits nach drei bis fünf Tagen, bei gewöhnlicher Kost oft erst nach drei bis vier Wochen ein. Dieser Zeitunterschied beansprucht ganz besondere Berücksichtigung, da sonst beim Verabreichen salzarmer Kost zuweilen ganz plötzlich eine Bromintoxikation eintreten kann.

*Hoppe* fand, wenn er in solchen Fällen den Magensaft untersuchte, oft ein Verhältnis von 0.09 Cl: 0.25 Br. „In seinem großen Salzhunger hat der Körper eben alle Halogene, deren er habhaft werden konnte, an sich gerissen, und aus dem physiologischen Chlortier ist ein träge reagierender pathologischer Bromorganismus geworden." (*Hoppe*, a. a. O.).

Bezüglich des Kochsalzgehaltes der Körperflüssigkeit betont *Laudenheimer*, daß Individuen, „deren Körperflüssigkeit vor Bromgebrauch besonders arm an Chloriden ist (Anämische, Kachektische), eine spezifische Neigung zu übermäßiger Bromretention haben, wobei gleichzeitig auch Chlor aus dem Körper vertrieben wird. Hier kommt es relativ früh und bei kleinen Dosen zum Bromismus (Frühform)".

Letztere Beobachtung ist mit den soeben berührten Ergebnissen der Versuche mit salzarmer Kost leicht in Einklang zu bringen. In dem einen Falle handelt es sich um eine beabsichtigte Herabsetzung des Kochsalzgehaltes der Körperflüssigkeit, im andern um eine durch krankhafte Störung bedingte Verarmung. In beiden Fällen besteht eine besondere Neigung zur Bromintoxikation.

Wenn wir nun mit Rücksicht hierauf in Erwägung ziehen, daß unsere Kranke eine Reihe von Wochen, bevor sie mit dem Gebrauch der hohen Bromdosen begann, häufig an Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Übelkeit (einmal Erbrechen) und Abmagerung litt, also an Zuständen, die eine Beeinträchtigung ihrer Ernährung herbeiführten, so ist wohl zu verstehen, wie der fortgesetzte tägliche Gebrauch von Bromkalium in der angegebenen Höhe ziemlich schnell zum Bromismus führen mußte.

Der Bromismus ist im großen und ganzen eine seltene Erkrankung. Sicher gilt dies von den schweren Formen desselben. Die Zahl der in der Literatur veröffentlichten Fälle ist im Vergleich zu den außerordentlich großen Mengen von Bromkalium, die täglich in allen Kulturländern verbraucht werden, sehr gering.

Über einen schweren Fall, der aber in Genesung ausging, berichtet *Amphlett Holmden* [1]). Ein Seemann hatte etwa vier Jahre lang gegen Schlaflosigkeit und Reizbarkeit in größeren und kleineren Mengen Bromkalium genommen, zeitweise auch, da er sich daran, wie ein Morphinist

) The Lancet 1890, II., S. 816.

an Morphium, gewöhnt hatte, ohne Rücksicht darauf, ob obige Beschwerden vorhanden waren oder nicht. Die tägliche Menge betrug gewöhnlich 11 g. Schließlich trat Unfähigkeit zu denken und zu arbeiten auf, und Halluzinationen und Illusionen beunruhigten und verwirrten ihn. Einige Tage nach Entziehen des Broms entwickelte sich ein sehr heftiger Erregungszustand, in dem der Kranke wirre, unzusammenhängende Reden führte, laut schrie, sein Bettzeug zerriß, die Fenster zerschlug und nackend in seinem Zimmer auf und ab ging. Nachdem dieser Zustand etwa drei Tage lang angehalten hatte, beruhigte sich der Kranke, und es trat langsam Genesung ein.

Dieser Fall ist noch in einer andern Beziehung von Interesse. Der Kranke hatte nämlich seinem Arzt, den er wegen der aufgetretenen Beschwerden um Rat fragte, auf die ausdrückliche Frage den Gebrauch eines Medikaments rundweg abgestritten. Erst nachdem man in seinem Zimmer eine größere Menge Bromkalium gefunden hatte, räumte er ein, dasselbe gebraucht zu haben. Wir begegnen hier also, worauf auch *Lewin* [1]) aufmerksam macht, einem analogen Verhalten, wie wir es sonst bei Morphinisten finden.

Gelegentlich erreicht die Vergiftung einen so hohen Grad, daß der tödliche Ausgang erfolgt. *Lewin* (a. a. O.) gibt an, daß in 13 Fällen von Bromismus, von denen einige Epileptiker betrafen, der Exitus letalis teils mittelbar, teils unmittelbar durch das Bromkalium verschuldet war.

*Küssner* [2]) berichtet über folgenden Fall, der auf irrtümliche Auffassung einer ärztlichen Verordnung zurückzuführen war: „Es kam vor einigen Jahren hier ein Fall vor, wo einem Epileptiker 150 g Bromkalium verschrieben wurden mit der Weisung, einen bis zwei Teelöffel täglich davon zu verbrauchen; er nahm zweistündlich einen Teelöffel und starb am zweiten Tage (nachdem er etwa die Hälfte der ganzen Quantität genommen hatte) unter den Erscheinungen der Herzlähmung ohne einen neuen Anfall."

Gerade der letzte Fall dürfte geeignet sein, beim Verordnen von Bromkalium zu besonderer Vorsicht aufzufordern. Namentlich ist davor zu warnen, den Kranken zuviel von dem Medikament in die Hand zu geben. Es würde jedoch ein bedauerlicher Irrtum sein, wenn man mit Rücksicht auf die möglicherweise einmal eintretenden Nebenwirkungen des Bromkaliums die Anwendung desselben auf das äußerste Maß beschränken wollte. Es muß leider betont werden,

---

[1]) *Lewin*, Die Nebenwirkungen der Arzneimittel. 3. Aufl.

[2]) Deutsche med. Wochenschr. 1884, S. 793.

daß, wie auch Prof. *E. Meyer*[1]) in seiner kürzlich erschienenen Abhandlung „Die Behandlung der Epilepsie in ihren verschiedenen Formen" hervorgehoben hat, „die Befürchtung, daß bei länger anhaltendem Bromgebrauch Bromismus eintrete, oder jedenfalls eine Art „Verdummung" sich einstelle, noch sehr weit bei Laien verbreitet und leider auch bei den Ärzten noch nicht ausgerottet ist". Dieser irrtümlichen Auffassung muß allen Ernstes entgegengetreten werden. Denn nicht das Brom ist als Urheber der Demenz bei der Epilepsie anzuschuldigen, sondern die Epilepsie selbst, die durch das Brom bekämpft werden soll. Die hin und wieder auftretenden Fälle von Bromismus mahnen den Arzt allerdings eindringlich zur Vorsicht, sie sollen ihn aber nicht dazu veranlassen, ins Extrem zu verfallen und ein Heilmittel preiszugeben, dessen überaus günstige Wirkung durch jahrzehntelange Beobachtung an Tausenden von Kranken sichergestellt ist.

[1]) Therap. Monatshefte 1908, Jan.

# Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

## 38. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte.

(Heidelberg, den 2. und 3. November 1907).

Anwesend die Herren: *Alzheimer*-München, *Aumüller*-Haardt, *Busch*-München, *Bayerthal*-Worms, *Boß*-Illenau, *Bundschuh*-Illenau, *Boenzinger*-Buchen, *Berliner*-Gießen, *Braus*-Heidelberg, *Barbo*-Pforzheim, *Camerer*, *Croissant*-Wiesloch, *Cron*-Heidelberg, *Dreyfuß*-Heidelberg, *Eccard*-Frankenthal, *Ebers*-Baden, *Friedmann*-Mannheim, *Fürer*-Roggenau, *Max Fischer*, *Fuchs*-Emmendingen, *Fischer*-Neckargemünd, *Gaupp*-Tübingen, *Gruhle*-Heidelberg, *Gelbke*-Emmendingen, *Guttenberg*-Freiburg, *Greiff*-Karlsruhe, *Groß*-Rufach, *Gigglberger*-Michelstadt, *Hoche*-Freiburg, *Hellpach*-Karlsruhe, *Heilmann*-Galkhausen, *Hagman*-Straßburg, *Haardt*-Emmendingen, *Habermann*-Stetten, *Homferd*-Klingenmünster, *Hardt*-Schwetzingen, *Homburger*-Frankfurt, *Jordan*, *Koepke*, *Kreuser*-Winnenthal, *Kemmler*-Wiesloch, *Karrer*, *von Kügelgen*-Reval, *Kraus*-Kennenburg, *Kurz*-Heidelberg, *Kaufmann*-Mannheim, *Hugo Levy*-Stuttgart, *Laudenheimer*-Alsbach, *Mayer*-Goddelau, *Mathes*-Wiesloch, *Mann*-Mannheim, *Merzbacher*-Tübingen, *Nissl*-Heidelberg, *Nitka*, *Neumann*-Karlsruhe, *Oppenheim*-Freiburg, *Pfersdorff*-Straßburg, *Quensel*, *Reiß*-Tübingen, *Roemhild*-Hornegg, *Riffel*-Wiesloch, *Römer*-Hirsau, *Ranke*-Heidelberg, *Rasch*-Neckargemünd, *Rosenfeld*-Straßburg, *Stengel*-Bruchsal, *Sioli*-Frankfurt, *Schott*-Weinsberg, *Schüle*-Illenau, *Staatsmann*-Illenau, *Seligmann*-Karlsruhe, *Schneider*-Goddelau, *Schilling*, *Spielmeyer*-Freiburg, *Stephan*-Mannheim, *Urstein*, *Voss*-Greifswald, *Vogt*-Frankfurt, *Wollenberg*-Straßburg, *Wilmanns*-Heidelberg, *Windenmann*-Rottenmünster, *Wiehl*-Schussenried, *Wolff*, *Wagner*-Langenschwalbach, *Weil*-Stuttgart, *Weygandt*-Würzburg, *Zöllner*-Straßburg, *Zahn*-Stuttgart.

### I. Sitzung am 2. November.

Der Geschäftsführer, Herr Professor *Nissl*, begrüßt die Versammlung. Auf seinen Vorschlag wählt die Versammlung zum Vorsitzenden Herrn Geheimrat *Hoche*; zu Schriftführern die Herren *Ranke*-Heidelberg und *Pfersdorff*-Straßburg.

Das Referat über Gefängnispsychosen hielt dem Beschluß der letzten Jahresversammlung entsprechend *Wilmanns*-Heidelberg:

Senile, paralytische und andere schwere Erkrankungen sind im Gefängnisse selten und haben ebenso wie die Alkoholpsychose nichts für die Gefangenschaft Spezifisches. Selten ist auch das manisch-depressive Irresein, wahrscheinlich deshalb, weil manisch-depressiv Veranlagte selten gewohnheitsmäßig kriminell werden. Die größte Zahl der Kranken gehört den juvenilen Verblödungsprozessen an. Vortr. teilt sie in drei Gruppen:

1. Die Landstreicher, die in den meisten Fällen erst infolge der Geisteskrankheit unsozial geworden waren; 2. die Gewohnheitsverbrecher, die fast ausschließlich in früher Jugend geschwächt und erst nach vielen Jahren in den Gefängnissen erkrankt waren, und 3. die Gelegenheitsverbrecher, die im Anschluß an die Straftat in der Untersuchungs- oder Strafhaft von Geistesstörung befallen werden. Die Frage, ob die Schädigungen der Strafhaft eine Dementia praecox oder Paranoia auszulösen vermögen, die unter günstigen Bedingungen nicht aufgetreten wären, ist auf Grund unserer heutigen Kenntnisse nicht zu lösen. Betrachtet man die juvenilen Verblödungsprozesse als Autointoxikationspsychosen, so erscheint es möglich, daß die Stoffwechselstörungen in der Strafhaft sie auszulösen vermögen. Die Äußerungen der Erkrankung während der Entwicklung der Psychose werden in hohem Maße von dem Milieu beeinflußt, und Bilder, die stark an den Querulantenwahnsinn erinnern, sind im Prodromalstudium der Krankheit nicht selten. Den Begriff der Epilepsie sucht der Vortr. enger zu fassen, als es bisher von der Heidelberger Schule geschah, und betont, daß die periodisch endogene Verstimmung als pathognostisches Symptom für die Epilepsie zu hoch eingeschätzt worden sei. Die im Gefängnis auftretenden Psychosen der genuinen Epilepsie unterscheiden sich nicht wesentlich von denen der freilebenden Epileptiker, doch kommen gerade so wie hysterische Anfälle auch hysterische Haftpsychosen bei gewissen Epileptikern vor. Diesen Psychosen stellt Vortr. die Psychosen auf dem Boden der Entartung gegenüber. Unter Entartung versteht W. die Summe der minderwertigen Variationen des Menschen auf geistigem und körperlichem Gebiete. Als Variationen sind die Entartungszustände, die Imbezillität, die Hysterie, Debilität usw. nicht scharf von der Norm und auch nicht unter sich abzugrenzen. Die Psychosen auf dem Boden der Entartung sind Reaktionen auf überstarke Reize und Steigerungen der abnormen Veranlagungen unter ungünstigen Einflüssen. Eigentliche Krankheitsbilder, wie z. B. die Paralyse, das Delirium tremens, lassen sich daher nicht umgrenzen, wohl aber charakteristische Krankheitstypen, die unter sich wieder durch zahlreiche Übergänge verbunden sind. Vortr. teilt diese degenerativen Psychosen in akute und chronische, erstere sind das Prototyp der Untersuchungshaft, letztere das der langen Strafhaft. Erstere im allgemeinen Reaktionen, letztere Steigerungen der Entartung. Unter den akuten Haftpsychosen lassen sich verschiedene Typen unterscheiden, Bilder, wie sie *Reich, Ganser, Näcke, Rüdin* geschildert haben. Als Typen der chronischen Psychosen werden besonders paranoische Formen geschildert, die Vortr. aus der Wirkung des Strafvollzugs auf den minderwertigen Gewohnheitsverbrecher psychologisch zu erklären sucht. Er bezeichnet diese Haftpsychosen als „langsam sich entwickelnde, dauernde, unerschütterliche Wahnsysteme bei vollkommener Erhaltung der Klarheit wie der Ordnung im Denken, Wollen und Handeln", und stellt sie der Paranoia *Friedmanns* und dem Querulantenwahnsinn *Kraepelins* gleich. Nach Be-

sprechung der Prognose und Differentialdiagnose der verschiedenen Psychosen bezeichnet Vortr. die einzelnen, nach ihrer Herkunft (Arbeitshaus, Zuchthaus, Untersuchungshaft usw.) gesonderten Gruppen und erleichtert auf diese Weise das Verständnis für die widersprechenden klinischen Anschauungen früherer Forscher.

(Ausführliche Veröffentlichung in der *Alt*schen Sammlung.)

Diskussion. — *Gaupp* erklärt sich mit den Ausführungen des Ref. in allem Wesentlichen einverstanden und weist darauf hin, daß die moderne Psychiatrie sich bei zahlreichen Formen immer mehr genötigt sieht, durch psychologische Vertiefung in die psychogene Entstehung und Ausgestaltung der Krankheitszustände ihre klinische Stellung im Gesamtsystem zu ermitteln. Das, was neuerdings allmählich wieder von der Dementia praecox abbröckelt (und hierzu gehören vor allem manche Geistesstörungen der Haft) muß in erster Linie den Degenerationspsychosen zugerechnet werden, deren Verständnis die psychologische Analyse der geistigen Persönlichkeiten zur Voraussetzung hat.

*Kreuser*: Der Vortr. hat eine eingehende Schilderung von Krankheitsbildern gegeben, die auch meiner Überzeugung nach vorzugsweise auf das Milieu der Haft zurückzuführen sind, wenn auch die degenerative Veranlagung daneben nachdrücklich hervorgehoben worden ist. Ich begrüße es, daß dabei die Verblödungsprozesse zurückgehen gegen bisher herrschende Anschauungen, bedaure aber, daß der Herr Vortr. die Schwierigkeiten einer weiteren Einteilung seiner degenerativen Gruppe so sehr betont hat. Mit seinen Einzelschilderungen hat er sich teilweise selbst widerlegt. Die akuten Psychosen der Untersuchungshaft, die chronischen der Strafhaft könnten gewiß mehr noch zu ziffernmäßigem Ausdruck gebracht werden; ebenso wohl die Idiotie. Die paranoischen Formen geben auch meiner Erfahrung nach eine nicht so ungünstige Prognose. Mir sind wiederholt frühere Kranke mit krimineller Vergangenheit wieder zu Gesicht gekommen, die nach anscheinend prognostisch recht ungünstiger Erkrankung wieder zum sozialen Leben zurückkehren konnten. Auch seine Depressionszustände sind mir bei Gelegenheits- wie bei Gewohnheitsverbrechern einige Male vorgekommen mit günstigem Verlaufe. Einer derselben hatte nach Rückkehr in die Strafhaft ein zwar schweres, aber wiederum günstig verlaufendes Rezidiv.

*Wilmanns* (Schlußwort): Die schweren Imbezillitätsformen werden unter den Haftpsychosen nicht beobachtet, einfache Depressionen häufig, manisch-depressive selten.

*Bayerthal*-Worms demonstriert einen Fall von zerebraler Kinderlähmung mit Pseudobulbärparalyse und doppelseitiger Ptosis.

Das Leiden soll sich bei dem jetzt 9½ Jahre alten Knaben im Anschluß an wiederholte Krampfanfälle, die unter fieberhaften Erscheinungen

in den ersten Lebensmonaten auftraten, entwickelt haben. Das psychiatrische Interesse des Falles beruht auf einer Beeinträchtigung der Intelligenz, die für das Kind den Besuch der Hilfsschule erforderlich machte. Auffallend und, soweit Vortr. die Literatur zu übersehen vermag, noch nicht beschrieben ist die Kombination der pseudobulbären Form der infantilen Zerebrallähmung mit doppelseitiger Ptosis. Ob letztere ätiologisch und pathologisch-anatomisch zum übrigen Krankheitsbilde gehört oder nur eine zufällige Komplikation (kongenitaler Natur) bildet, muß vorerst unentschieden bleiben.

Privatdozent Dr. *Hellpach*-Karlsruhe: Das Unbewußte.

Das Unbewußte steht im Mittelpunkt der psychologischen Debatten; aber es wird meist in unklarer Bedeutung verwendet. Man kann (heute!) acht Hauptbedeutungsgruppen unterscheiden: 1. Das Unerinnerte, 2. das Unbezweckte, 3. das Unbemerkte, 4. das Mechanisierte, 5. das Reproduzible, 6. das Produktive, 7. das psychisch Reale, 8. das Absolute. Diese Bedeutungen, die kurz charakterisiert werden, umspannen z. T. (1—3) Tatbestände, z. T. (6—8) Deutungen, z. T. (4 und 5) Mischungen von beiden. Es wird vom Vortr. gefordert, das Wort „Unbewußt" nur als Deutungsbegriff zu gebrauchen; wer an kein Unbewußtes neben Bewußtem und Physischem glaubt, soll das Wort nicht benützen. Beide Parteien sollen sich ferner besser als heute über die theoretischen Konsequenzen ihres Standpunktes klar werden. Wer ein Unbewußtes annimmt, muß wissen, daß es nie erforscht werden kann; er kann also entweder nur einen agnostischen Standpunkt wählen (daran glauben, ohne es irgendwie erkennen zu können), oder aber er muß es hypothetisch genauer ausarbeiten (analog z. B. der Äthertheorie in der Naturwissenschaft). Dazu gibt es zwei Wege, den analogistischen (der an *Freuds* Traumtheorie) und den metaphysischen (der an *Hartmanns* Philosophie erläutert wird). Der zweite kann wissenschaftlich mindestens so wertvoll sein wie der erste. — Wer das Unbewußte ablehnt, kann sich auf die reine Empirie zurückziehen, die freilich meist auf dem Papier steht; meist wird doch „gedeutet" und dann entweder nur aus dem Bewußten heraus (wobei prinzipielle Lücken bleiben, wenn auch gewiß vieles, was heute dem Unbewußten zugeschoben wird, innerhalb des Bewußten ergründet werden könnte) oder nur aus dem Physischen heraus, was in seinen Konsequenzen radikaler Materialismus ist, oder meist aus Bewußtem plus Physischem. Dabei heißt es, zwischen Parallelismus und Wechselwirkung wählen. Der Parallelismus hat seine zeitlichen Verdienste gehabt, aber er ist eigentlich nur brauchbar, solange man nicht an ihn denkt. Praktisch verdient heute der Standpunkt der Wechselwirkung den Vorzug. — Die Entscheidung, ob unbewußt oder nicht, will der Vortr. gar nicht berühren, sie kann auch, wie alle theoretischen Entscheidungen, nie endgültig, immer nur zeitlich ausfallen:

einer Zeit nützt eine Theorie heuristisch, der folgenden schadet sie. Daß heute soviel über theoretische Probleme gehandelt wird, liegt im Zuge der Zeit, gilt für fast alle Wissenschaften und ist eine Reaktion auf die bloße „Forschungsarbeit", sowie eine Ergänzung zum praktischen Betätigungsdrange der Forschung. Eine empirisch-methodische Periode der Seelenforschung liegt hinter, eine „philosophische" und zugleich „technische" vor uns. Das mag manchem nicht gefallen, aber es ist „pragmatisch" unabwendbar.

*M. Friedmann*: Zur Indikationsstellung für den künstlichen Abort wegen psychischer Krankheit. (Ausführl. in No. 19 der D. med. Wochenschr.)

Nach *F.* sind zwei prinzipiell geschiedene Anzeigen für den Abort wegen psychischer Krankheit zu trennen. Bisher hat es sich fast durchweg in den Erörterungen um die sog. Graviditäts- und Puerperalpsychosen gehandelt und dabei um die kausale Frage, ob der Abort die Entstehung einer solchen Psychose verhindern und die Heilung einer bereits ausgebrochenen Psychose bewirken könne. Diese Frage wird im allgemeinen verneint (zuletzt von *Alzheimer*). *Jolly* dagegen hatte behauptet, daß die Schwangerschaft als ungünstige Komplikation einer Melancholie und Katatonie erscheinen und daher ihre Beseitigung normalere Heilungsmöglichkeit gewähren könne. In der ärztlichen Praxis indessen besitzt nach der langjährigen Erfahrung *F.*s die Frage des Abortes bei allen echten Psychosen überhaupt nur recht geringe Bedeutung. Sehr viel häufiger ergibt sich hier die zweite Indikation, welche bisher anscheinend nur von *Pick* literarisch vertreten worden ist, und welche *F.* veranlaßt hat, bisher binnen 12 Jahren in fünf Fällen den Eingriff zu befürworten. Es handelt sich hier um ausnahmsweise schwere atypische und psychogene Erregungen, also um eine abnorme psychopathische Reaktion, welche ihrer Art nach vergleichbar ist beispielsweise gewissen atypischen Haftpsychosen (*Wilmanns*), vielen traumatischen Neurosen und der „neurasthenischen Melancholie", wie sie *F.* selbst früher beschrieben hat. Zugrunde liegt die Angst und Furcht der Frauen vor der Geburt oder vor dem Familienzuwachs, und zwar dann, wenn diese in seltenen Fällen zu hochgradiger und abnormer „Überwertigkeit" anwächst. Das Symptomenbild wird in erster Linie beherrscht von der andauernden und schweren Angst, resp. von besonderen schweren Angstanfällen. Dazu tritt fast regulär ein intensiver Selbstmorddrang, häufig Feindseligkeit und Wutanfälle gegen den Ehemann und regelmäßig ein Erlöschen aller sonstigen geistigen Interessen und nützlicher Betätigung. Die Stimmung ist die einer kontinuierlichen dumpfen oder erregten Verzweiflung, begleitet von rascher körperlicher Abnahme. Objektiv sind die Ursachen der Geburtsangst an und für sich genommen nicht erheblich gewesen, die Frauen sind aber vor

Eintritt der Schwangerschaft jeweils schon nervös erschöpft und überdies oft neuropathisch belastet gewesen.

Charakteristisch für den psychogenen Ursprung der Psychopathien ist, daß sie fast sofort nach Beseitigung der erregenden Ursache zur Heilung gelangen. Sämtliche fünf Fälle *F.*s sind sogleich nach Verrichtung des Abortes normal und ruhig geworden, und nur ein Fall wurde späterhin rückfällig.

Die Gefahren der Zustände liegen begründet: 1. in dem starken Selbstmordtrieb und den ausgeführten Selbstmordversuchen, 2. in der raschen körperlichen Abnahme, welche in der Tat in dem nicht geheilten Falle nach 1½ Jahren den Eintritt einer floriden Lungentuberkulose mit Exitus binnen drei Monaten zur Folge hatte, 3. in einer hartnäckigen schweren Neurasthenie und wahrscheinlich auch einer echten Melancholie, welche hinterher in Fällen *F.*s sich einstellten, wo kein Abort eingeleitet worden war, 4. in einer dauernden psychischen Alteration mancher Frauen, welche sie späterhin zu konsequenter Verweigerung des ehelichen Zusammenlebens (und einmal selbst zur Ehescheidung) veranlaßte.

Als Hilfsmittel gegen die Selbstmordgefahr hat *F.* nicht die Einschließung in einer Irrenanstalt vorgezogen, weil diese 1. die Frauen monatelang ihrer Angst überantwortet, weil 2. die Frauen gar nicht wirklich geisteskrank sind (so wenig wie ein übertrieben Eifersüchtiger), und weil sie auch kaum ohne Zwang in die Anstalt zu bringen wären, und weil 3. die harte Maßnahme sie auf Monate ihrer Familie und ihren Kindern entreißen würde.

Richtig ist, daß diese psychogenen Angstzustände nur in seltenen und besonders schweren Fällen den Abort rechtfertigen. Zu verlangen ist, daß 1. stets zwei Ärzte und darunter ein Psychiater die Indikation billigen, und daß 2. stets der Patientin gegenüber der Eingriff zunächst verweigert und eine rationelle Nervenkur zuvor genügend erprobt wird.

Da es sich um einen schweren und nicht unbedenklichen Krankheitszustand hier handelt, und da der künstliche Abort fast mit Sicherheit sofortige Hilfe bringt, da auch die psychische Reaktion bei den Frauen selbst auf krankhaft abnormer Grundlage ruht, so wird die Rücksicht auf die Humanität sicherlich zugunsten des Eingriffes sprechen. Der Arzt, welcher ihn dennoch verweigert, muß sich klar darüber sein, daß er dabei nicht von lediglich ärztlichen, sondern auch von ethischen und sozial-juristischen Anschauungen und Gesichtspunkten sich leiten läßt. Ob das öffentliche Rechtsbewußtsein eine solche Strenge verlangt, dies erscheint *F.* mindestens zweifelhaft.

Diskussion. — *Gaupp*: Ich kann den Standpunkt von *Friedmann* nicht teilen, halte es vielmehr für unzulässig, bei psychogenen Depressionen Schwangerer im Interesse der Frau den Abort einzuleiten. Wenn sich bei schwangeren Frauen ängstliche Erregungen einstellen

und etwa die Gefahr eines Selbstmordes auftritt, so ist die Behandlung in einer Anstalt notwendig. Niemals darf meines Erachtens das Leben des Kindes geopfert werden, bloß weil die Mutter nicht in die Anstalt gehen will oder diese ihr erspart werden soll. Nur da, wo das Leben der Mutter durch den Fortbestand der Schwangerschaft gefährdet wird, kann der künstliche Abort in Frage kommen; vorher muß aber jede Art von Behandlung, vor allem die Anstaltsbehandlung versucht worden sein. Die Gefahren, die *Friedmanns* Standpunkt in sich birgt, sind sehr groß. Mir ist in meiner psychiatrischen Tätigkeit noch nie ein Fall vorgekommen, in dem ich die Einleitung der Frühgeburt oder eines Aborts für indiziert halten konnte; wohl aber kenne ich, wie jeder Irrenarzt, viele Fälle, in denen eine bestehende Geisteskrankheit nicht die geringste Änderung durch einen Abort oder die eintretende Geburt erfahren hat.

*Alzheimer*: Nach *A.*s Erfahrung ist der Erfolg — was die Prophylaxe der geistigen Erkrankung der Frau anlangt — nicht so prompt, wie *F.* es angegeben hat. Es handelte sich häufig um zirkuläre oder manisch-depressive Formen. Es müsse in allen Fällen ein Psychiater zur Begutachtung zugezogen werden.

*Quensel*: Mit dem gleichen Thema wie der Herr Vortr. habe ich mich kürzlich beschäftigt in einem Vortrage in der Leipziger Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie, der demnächst in der „Medizinischen Klinik" erscheinen soll. Auf Grund eigener langjähriger Erfahrungen in der psychiatrischen Klinik zu Leipzig bin ich im ganzen zu den gleichen Resultaten gekommen wie Herr *Alzheimer*. Die Heilung bei unseren Graviditätspsychosen erfolgte meist ganz unabhängig von der Entbindung, entweder vor oder lange nach derselben, nur zweimal in kurzer, zeitlicher, und wohl auch ursächlicher Folge. Bei einer dieser Kranken war (nach dem Vortrage *Jollys*) auf unseren Rat ein Abort eingeleitet. Bei einer neuen Depression in graviditate ist ohne Hinzuziehung eines Psychiaters wiederum so und, wie ich erfahren habe, mit noch schnellerem Erfolge verfahren worden. Ich selbst hätte nicht wieder dazu geraten, da die Frau inzwischen mehrfach auch normale Entbindungen durchgemacht hat, trotzdem auch da in der Gravidität die gleiche Komplikation eingetreten, aber auch ohne Abort geheilt war. Es dürfte doch sehr schwer sein, die Fälle auszusondern, bei welchen die Schwangerschaftsunterbrechung auch nur erfolgreich sein wird, und wenn man hierbei auf die Mitwirkung psychogen bedeutsamer Faktoren besonderes Gewicht legt, läuft man Gefahr zu großer Konnivenz gegen nicht immer kontrollierbare Wünsche seiner Kranken. Auf der anderen Seite scheint mir doch der Beachtung wert, daß auch die beste Anstalt eine absolute Garantie für die Verhütung eines Selbstmordes nicht zu bieten vermag.

Ich möchte nur noch kurz erwähnen, daß mir meine Erhebungen Material auch zur Prüfung einer anderen wiederholt aufgeführten Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung geliefert haben, nämlich der,

man solle damit die Wiedererkrankung von Frauen verhüten, welche früher einmal eine Psychose im Anschluß an Gravidität oder Entbindung durchgemacht haben. Von meinen derartigen geheilten Kranken haben eine große Anzahl später noch eine oder mehrere Entbindungen durchgemacht, fast alle aber sind, gewisse ohnehin periodisch Kranke abgerechnet, trotzdem dauernd gesund geblieben. Es kann also diese Indikation nach der einfachen klinischen Erfahrung künftig nicht mehr aufrecht erhalten werden.

*Schüle*-Illenau ist gegen die Auffassung *Friedmanns*. Die Prognose ist nicht sicher genug; diese Kranken gehören in die Anstalt, auch kann der Abort später Inhalt eines Selbstvorwurfs werden; es ist von Fall zu Fall zu entscheiden.

*Neumann* möchte scharf trennen zwischen normalen und pathologischen depressiven Erregungszuständen schwangerer Frauen. Angstzustände bei psychisch Gesunden sind nicht vom psychiatrisch-wissenschaftlichen Standpunkt aus zu betrachten.

*Gaupp*: Einen normalen Zustand, der zum Abort berechtigt, gibt es nicht.

*Wollenberg* meint, alles, was über diesen Gegenstand gesprochen und geschrieben sei, zeige, wie schwer es sei, hier allgemein gültige Gesetze aufzustellen. Er stehe auf dem Standpunkt, daß man sich nicht prinzipiell und generell gegen die Schwangerschaftsunterbrechung wegen psychischer Erkrankung aussprechen könne. Es müsse durchaus individuell von Fall zu Fall entschieden werden, und er könne sich wohl Fälle denken, in denen man wie Herr *Friedmann* zu verfahren berechtigt sei. Die Besorgnisse, die gegen eine Erörterung der Frage zu bestehen scheinen, könne er nicht teilen. Auch der *Jolly*sche Vortrag habe seinerzeit keine unerwünschten Folgen gehabt. Er müsse es sogar als verdienstlich bezeichnen, wenn Herr *Friedmann* diese Frage, die in letzter Zeit vorwiegend in allgemein ärztlichen und juristischen Kreisen erörtert sei, einmal in diesem Kreise aufgeworfen habe.

*Friedmann* (Schlußwort) war auf diese ablehnende Aufnahme gefaßt. Von 5 Fällen sind jedoch 4 gesund geworden; die Fälle seien als pathologisch aufzufassen. Maßgebend seien nicht ausschließlich medizinische Grundsätze.

Nachmittags 6½ Uhr fand ein gemeinschaftliches Essen im „Grand-Hotel" statt.

II. Sitzung am 3. November, vormittags 9 Uhr.

Vorsitzender: Herr Medizinalrat *Kreuser*.

Als Ort für die nächste Jahresversammlung wird Karlsruhe gewählt. Zu Geschäftsführern: *Neumann*-Karlsruhe und *Oster*-Illenau. Als Referatthema wird die Unterbringung geisteskranker Verbrecher zur Diskussion gestellt. Das Referat wird 3 Wochen vor der Versammlung in extenso im Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie veröffentlicht und

den einzelnen Mitgliedern mit der Einladung zur Versammlung zugeschickt. Die Zeit für den Referenten und Korreferenten zusammen wird auf 1 Stunde beschränkt.

*Spielmeyer*-Freiburg i. Br.: Über die nervösen Veränderungen bei der Dourine (Mal de coït) der Tiere.

Die Dourine, eine besondere Form der Trypanosomiasis, die bei Pferden in bestimmten Bezirken Afrikas, Asiens usw. als Seuche herrscht, hat nach Infektionsmodus, Verlauf und Symptomatologie viel Ähnlichkeit mit der Syphilis (Verbreitung durch den Geschlechtsakt, Primäraffekt, Allgemeinexanthem usw.). Auch anatomisch lassen sich nahe Beziehungen zwischen dieser Form der Trypanosomiasis und der Syphilis resp. deren nervösen Nachkrankheiten auffinden. Die Haut- und Knochenhautaffektionen der Dourine-Tiere ähneln den syphilitischen Granulomen, die Veränderungen am Rückenmark der Pferde (speziell die meningitischen Veränderungen) gleichen denen am paralytischen Rückenmark, und drittens kann die Dourine in seltenen Fällen zu zirkumskripten Plasmazelleninfiltrationen der Rindenpia führen. Außerdem wurden bei 2 von 12 Hunden, die mit dem Trypanosoma des Mal de coït infiziert worden waren, diffuse Veränderungen vom Typus der Schlafkrankheit des Menschen gefunden, die damit also auch an das Gewebsbild bei der Paralyse erinnern.

Diese klinischen und anatomischen Befunde bei dem Mal de coït bringen weitere Stützen für die Ansicht, daß die Trypanosomenkrankheiten zur Syphilis und ihren sogenannten Nachkrankheiten in verwandtschaftlich nahen Beziehungen stehen. Diese Ansicht gründet sich nicht auf einzelne histopathologische Eigentümlichkeiten, die beide Krankheitsgruppen miteinander gemeinsam haben, sondern auf die gemeinsamen Züge in dem ganzen Komplex von pathologisch-anatomischen, klinischen und allgemein biologischen Merkmalen. (Ausführliche Veröffentlichung im Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych.)

Diskussion. — *Ranke* - Heidelberg begrüßt die im Vortrage zum Ausdruck gekommene Konvergenz der Anschauungen *Spielmeyers* über die Ähnlichkeit des histopathologischen Bildes bei syphilitischen und metasyphilitischen Prozessen einerseits, den Trypanosomenerkrankungen des Zentralnervensystems andererseits mit den Ansichten, zu welchen *Nissl* und seine Schüler im Heidelberger Laboratorium gekommen sind. Nach den heutigen Kenntnissen können die von *Schaudinn* (auf Grund seiner Beobachtungen über den Entwicklungsgang des Trypanosoma der Athene noctua und über die morphologischen Eigenschaften der Spirochaeta pallida) angenommenen nahen Beziehungen zwischen Spirochaeten und Trypanosomen nicht als sicher erwiesen gelten; im Gegenteil dürfte es vorläufig richtiger sein, sich den von *Rob. Koch*, *Laveran*, *Sobernheim* u. a.

vorgebrachten Bedenken anzuschließen. Zum Belege seiner Anschauung, daß die Spirochaeta pallida weit eher den Bakterien als den Trypanosomen verwandt sein dürfte, zeigt *Ranke* eine Zeichnung nach Präparaten, in welcher die Syphilisspirochaete eine deutliche Anordnung in Ketten (vermutlich als Zeichen einer Vermehrung durch Querteilung zu deuten) erkennen läßt.

Auch die Stütze, welche die Histopathologie der Erkrankungen des zentralen Nervensystems durch die verschiedenartigen Trypanosomeninfektionen, sowie durch luische und metasyphilitische Prozesse der biologischen Hypothese *Schaudinns* zu bringen schien, ist mit größter Vorsicht zu bewerten. Untersuchungen in *Nissls* Laboratorium haben einmal gezeigt, daß subakute experimentelle Trypanosomeninfektion sehr abweichende Bilder von der treponematischen Form der kongenitalen Hirnlues erkennen läßt, daß aber auch die entzündlichen Veränderungen bei diesen Erkrankungen sowohl, wie bei der gleichfalls parasitären Schlafkrankheit von dem Bilde der progressiven Paralyse des Menschen (in den feineren histologischen Details und in der Verteilung des Prozesses) weit stärker abweichen, als manche experimentell erzeugte (weder durch Spirochaeten noch durch Trypanosomen bedingte) Entzündungen des tierischen, manche Spontanerkrankungen sowohl des tierischen wie des sehr jugendlichen menschlichen Gehirnes.

Auch die Beurteilung der sekundären Strangdegenerationen bei den syphilitischen (resp. metasyphilitischen) und den durch Trypanosomeninfektion bedingten Erkrankungen des zentralen Nervensystems begegnet noch den größten Schwierigkeiten, solange uns weder etwas Sicheres über ihre Pathogenese noch über ihre feineren histologischen Eigentümlichkeiten bekannt ist.

Zusammenfassend stimmte *Ranke* dem Vortr. in dem Satze durchaus bei, daß nach unseren heutigen Kenntnissen aus gewissen histologischen Ähnlichkeiten trypanosomatischer, syphilitischer und paralytischer Rindenerkrankungen irgendwelche sicheren Schlüsse auf eine etwaige biologische Verwandtschaft der Spirochaeten mit den Trypanosomen sich nicht ziehen lassen.

*Oppenheim*-Freiburg: Plasmazellenbefunde im Rückenmark bei progressiver Paralyse.

In Analogie zur Rindenerkrankung beanspruchen bei der progressiven Paralyse auch im Rückenmark neben den degenerativen die entzündlichen Vorgänge besondere Beachtung. In 13 Fällen von progressiver Paralyse, bei welchen Vortr. das Rückenmark untersuchte, fanden sich als Ausdruck der entzündlichen Veränderungen Plasmazelleninfiltrate in der Pia und den Adventitialscheiden der Rückenmarksgefäße. Häufig wurde eine direkte Fortsetzung der Piainfiltration auf die ins Rückenmark eintretenden feineren Gefäße beobachtet. Bevorzugt er-

wiesen sich die Gefäße der Seitenstränge und der hinteren Wurzeln, während sich in der grauen Substanz nur spärliche Plasmazellen fanden. An Stellen, die *Weigert*-Degeneration zeigten, besonders in alten, sklerotischen Partien, fanden sich stets nur wenige oder gar keine Plasmazellen, während an den Stellen der reichlichsten Plasmazellinfiltration *Marchi*-Degenerationen bald nachweisbar waren, bald fehlten. Ein gesetzmäßiger Zusammenhang zwischen degenerativen und entzündlichen Vorgängen ließ sich demnach nicht feststellen.

Die entzündlichen Prozesse spielen also im Rückenmark bei der progressiven Paralyse eine nicht zu unterschätzende Rolle und können auch in Fällen, wo Faserdegenerationen fehlen, die Beteiligung des Rückenmarks an der paralytischen Erkrankung erweisen.

(Der Vortrag wird demnächst in ausführlicher Form erscheinen.)

Diskussion. — *Kreuser* fragt nach dem klinischen Befund der Fälle.

*Oppenheim* hat nur wenig Zusammenhänge zwischen dem klinischen und dem anatomischen Befund nachweisen können.

*W. Fuchs*-Emmendingen: Psychiatrie und Mneme.

*F.* befürwortet die Übertragung biologischer Forschungsprinzipien auf die Psychiatrie. Als einen Beitrag hierzu hat er zur Persönlichkeitsanalyse einen Analysebogen angelegt; auf dem Erlebnisse, Reaktionen und psychische Leistungen durch einfache Symbole registriert werden. (Ausführl. Publikation im Zentralbl. f. Nervenh. u. Psych. XXX, S. 355ff.)

*Nissl*-Heidelberg: Experimentalergebnisse zur Frage der Hirnrindenschichtung.

Zu den unaufgeklärten Fragen der pathologischen Anatomie der Hirnrindenerkrankungen gehört auch die Erfahrung, daß die heute nachweisbaren krankhaften Rindenveränderungen nicht selten bestimmte Schichten der Großhirnrinde bevorzugen. Nur zu einem kleinen Teile hängt diese Lokalisation der krankhaften Veränderungen in bestimmten Schichten mit der Anordnung der Rindengefäße zusammen; für den weitaus größten Teil dieser Lokalisation fehlt uns jegliches Verständnis; wir wissen nicht, ob einer solchen Lokalisation eine wesentliche Bedeutung für den krankhaften Prozeß zukommt.

Es ist klar, daß diese Frage innig mit der Frage nach der Bedeutung der Großhirnrindenschichtung überhaupt zusammenhängt. Über die Bedeutung der einzelnen Rindenschichten wurde zwar schon mancherlei gesagt; das aber, was hierüber sicher feststeht, ist ungemein wenig.

Nach der derzeitigen Sachlage kann die Frage nach der Bedeutung der Großhirnrindenschichtung nur vom anatomischen Gesichtspunkte aus in Angriff genommen werden, d. h. die Fragestellung kann nur lauten: Welche anatomischen Zusammenhänge besitzen die einzelnen Schichten der Großhirnrinde? Für das Denken des Vortr. ist es selbstverständlich,

daß ein derartiges Problem nur mit Hilfe des Experiments zu lösen ist. Zunächst handelte es sich für ihn darum, die allgemeinen Gesichtspunkte zu gewinnen, welche dem Grundriß der Säugetierrinde zugrunde liegen. Die Kaninchenhirnrinde genügte den Voraussetzungen; denn ihre Schichten heben sich voneinander in deutlicher Weise ab. Es war folgende Prämisse von *v. Monakow* gegeben: Die Hirnrinde besteht aus landkartenartig abgegrenzten Arealen, welche mit bestimmten Thalamuskernen direkt verknüpft sind. Vortr. hatte die Richtigkeit dieser Behauptung schon vor vielen Jahren bestätigen können, und zwar mit Hilfe einer von *Monakow* nicht angewandten Methode. Vortr. hatte nicht wie *Monakow* die Rinde des neugeborenen Kaninchens angegriffen, sondern beim erwachsenen Kaninchen landkartenartig abgegrenzte Rindenareale exstirpiert; 10—15 Tage nach der Operation wurden die Tiere getötet, der Thalamus in Alkohol gehärtet und in Schnitte zerlegt, die letzteren mit der wässerigen Lösung einer basischen Anilinfarbe gefärbt.

Vortr. suchte, von dieser Prämisse ausgehend, zunächst festzustellen, ob der gesamte Rindenquerschnitt eines landkartenartig abgegrenzten Rindenareals, das mit einem bestimmten Thalamuskern direkt verknüpft ist, mit letzterem in Beziehung steht, d. h. mit anderen Worten, ob sämtliche Rindenschichten dieses Areals mit dem Thalamuskern verbunden sind, oder ob nur eine oder auch mehrere Schichten dieses Areals, jedoch ohne Beteiligung der übrigen Schichten, mit dem Thalamuskern verbunden sind. Ebenso präzis wie die Fragestellung, ebenso klar war der einzuschlagende Untersuchungsweg: Vortr. mußte gerade so vorgehen, wie bei der Nachprüfung der Behauptung von *v. Monakow*: er mußte unter sorgfältiger Schonung der Rinde beim erwachsenen Kaninchen den Thalamus angreifen, 15—20 Tage nach erfolgter Zerstörung eines Thalamuskernes sollten die Tiere getötet, diesmal aber die Rinde in Serien zerlegt und die Serienschnitte mit basischen Anilinfarben tingiert werden. Waren sämtliche Rindenschichten mit dem zerstörten Thalamuskern verknüpft, so mußten die Erscheinungen der sekundären Degeneration sich gleichmäßig über den ganzen Rindenquerschnitt des mit dem zerstörten Thalamuskern zusammenhängenden, landkartenartig abgegrenzten Rindenareals verteilen; hing dagegen nur eine oder auch zwei Rindenschichten mit dem zerstörten Thalamuskern zusammen, so mußten sich auch die Erscheinungen der sekundären Degeneration auf nur eine oder auch auf zwei usw. Rindenschichten des mit dem zerstörten Thalamuskern zusammenhängenden Rindenareals lokalisieren.

Trotzdem Vortr. diesen Versuch immer wieder von neuem wiederholt hat, obschon er die Technik des Versuches nach den verschiedensten Seiten hin variierte, brachte er leider kein einziges Tier durch, das den Voraussetzungen voll und ganz genügt hätte.

Um die gestellte Frage beantworten zu können, suchte Vortr. nunmehr auf dem Wege des Ausschlusses zum Ziele zu gelangen. Er richtete

den Angriff auf das neugeborene Tier. Es wurde im Durchschnitt 12—24 Stunden nach der Geburt, und zwar ausschließlich intrakraniell, operiert. Die operierten Tiere wurden im halberwachsenen Zustande getötet, die Zentralorgane in Alkohol gehärtet, sodann in Serienschnitte zerlegt und letztere mit Toluidinblau gefärbt.

Vortr. ging von folgendem Grundversuche aus. Es wurden sämtliche Bahnen intrakraniell durchschnitten, welche die Hirnrinde mit der Peripherie und dem übrigen Zentralorgan verbinden, so daß gewissermaßen die Hirnrinde frei im Cavum cranii flottierte. (Der erste Schnitt verläuft, von der Mittellinie beginnend, ungefähr in der Nähe und in der Richtung der Kranznaht und durchtrennt, unmittelbar vor den Thalamus geführt, sämtliche Bahnen zwischen den vor dem Thalamus gelegenen Teilen und dem Thalamus resp. Regio subthalamica; dieser Schnitt, welcher der Kranznaht folgt, biegt, 4 mm von der Mittellinie entfernt, nach außen und hinten um und trennt den gesamten Stabkranz vom Thalamus ab. Der zweite Schnitt, in der Mittellinie geführt, trennt den Thalamus resp. die regio subthalamica der einen Seite vom Thalamus resp. von der regio subthalamica der anderen Seite ab. Der dritte Schnitt durchschneidet die beiden Hemisphären in der Mittellinie. Der vierte Schnitt trennt den Bulbus olfactorius von der Spitze der Hemisphäre ab.) Die Hemisphäre wird bei dem Grundversuch allerdings mit verletzt, eine Verletzung jedoch, deren Folgen durch andere Versuche festgestellt werden können.

Durch diesen Grundversuch erfährt man jedenfalls, in welcher Weise sich die zur Zeit des Eingriffes noch unentwickelte Rinde weiter entwickelt, auch wenn sie ihrer sämtlichen Verbindungen mit der Außenwelt und mit dem übrigen Zentralorgan beraubt ist, insbesondere wie sich die einzelnen Schichten unter diesen Voraussetzungen verhalten. Dadurch nun, daß man in systematischer Weise immer mehr Verbindungen zwischen Hirnrinde und den übrigen Teilen des Zentralorgans bestehen läßt, insbesondere dadurch, daß man die Rinde mit dem Thalamus in sehr verschiedener Weise verknüpfen kann, läßt sich die gestellte Frage bestimmt beantworten.

Vortr. erklärt, daß die von ihm in Angriff genommene experimentelle Arbeit noch lange nicht abgeschlossen ist, vorläufig demonstriert er Serienschnitte von zwei Kaninchen, bei denen zwar nicht der genannte Grundversuch gemacht, bei denen aber doch die wichtigsten Verbindungen zwischen Hirnrinde und den übrigen Teilen des Zentralorgans entfernt worden sind (erhalten ist noch der vordere Teil des Balkens und die vordere Kommissur; ferner ist der Bulbus olfactorius nicht von der Spitze des Stirnhirns abgetrennt).

Beide Gehirne ergeben das gleiche Resultat: Obgleich der gesamte Stabkranz in Wegfall gekommen ist, hat sich doch die Hirnrinde entwickelt; andrerseits fehlen die von der Hirnrinde abhängigen Thalamuskerne

vollständig. Die Rinde der operierten Seite ist durchweg bedeutend schmaler. Interessant ist, daß sämtliche Schichten der Rinde sich weiter entwickelt haben. Es besteht aber kein Zweifel darüber, daß, wenn auch sämtliche Schichten der Rinde überall nachweisbar sind, die Ausfälle an Nervenzellen weitaus am stärksten in den beiden untersten (innersten) Schichten und hier wieder in der untersten (innersten) Schicht sind. Die hier anzutreffenden Nervenzellen sind auch, was ihre Größenverhältnisse betrifft, entschieden kleiner. Auf die feineren strukturellen Unterschiede geht Vortr. nicht näher ein, hebt aber eine Erscheinung hervor, die man schon bei ganz schwacher Vergrößerung sehen kann. Während die Spitzenfortsätze in der Norm meist nur auf eine kleine Strecke weit verfolgbar sind (sie sind relativ breit und enthalten keine sich mit Farbbasen tingierenden Substanzen), stellen sie in den beiden untersten (innersten) Schichten, ganz besonders aber in der innersten Schicht, ein ganz kurzes, sich rasch zuspitzendes Schwänzchen dar. Dieses Verhalten zeigt am ausgesprochensten ein kleines Rindenstückchen, das beim Eingriff völlig von seiner Umgebung abgesprengt wurde, das sich aber weiter entwickelt hat, weil es in Verbindung mit der Pia geblieben ist und dadurch ernährt wurde. Auch in diesem völlig abgesprengten Rindenstückchen sind alle Schichten noch erkennbar, nur sind die Zellausfälle viel stärker ausgesprochen. Am meisten haben aber auch hier die beiden innersten Schichten gelitten. Die innerste Schicht besteht überhaupt nur aus einer einzigen Reihe von Zellen mit kurzen, scharf zugespitzten Spitzenfortsätzen.

Vortr. zeigt hierauf noch Thalamuspräparate von Tieren, welche in erwachsenem Zustand operiert wurden. Bei denselben wurden landkartenartig umgrenzte Rindenareale abgetragen, die Tiere 14 Tage nach der Operation getötet, die Thalami in Serien zerlegt und diese mit Toluidinblau gefärbt. Vortr. betonte, daß die nochmalige Nachprüfung der obengenannten Behauptung von *Monakow* immerhin etwas abweichende Resultate ergeben habe; an dieser Stelle will er darauf aber nicht mehr eingehen. Dagegen zeigten die projizierten Präparate ohne weiteres den fundamentalen Unterschied zwischen dem Verhalten des erwachsenen und demjenigen des neugeborenen Tieres bei der sekundären Degeneration. Derselbe Eingriff bedinge beim erwachsenen Tier regressive Veränderungen im entsprechenden Thalamuskern mit einer handgreiflichen Gliawucherung; beim neugeborenen Tier dagegen verschwindet derselbe Thalamuskern spurlos von der Bildfläche. Tritt im Thalamus eines bald nach seiner Geburt operierten Tieres eine größere Gliamasse zutage, so ist das nicht das Zeichen einer Gliawucherung, sondern lediglich ein Zeichen dafür, daß größer angelegte, aber durch die Operation in ihrer Weiterentwicklung gehemmte Fasermassen vorhanden sind; d. h. die in der Anlage von Faserbündeln enthaltenen Gliazellen verschwinden nicht, sondern rücken, da die Faserbahnen sich nicht entwickeln, dicht zusammen, während die grauen Kerne im Thalamus spurlos verschwinden.

Übrigens verhalten sich beim erwachsenen Tier die einzelnen Thalamuskerne bei der sekundären Degeneration hinsichtlich der Gliawucherung sehr verschieden, ein Moment, das vielleicht von großer Bedeutung ist.

Diskussion. — *H. Braus*-Heidelberg weist auf ähnliche Erfahrungen der experimentellen Embryologie hin, in welchen sich gezeigt hat, daß ebenso wie hier bei Rinde und Thalamus auch andere Teile, welche im späteren Leben fest miteinander verknüpft und aneinander funktionell gebunden sind, sich auch dann embryologisch völlig normal entwickeln können, wenn der anatomische Zusammenhang der frühesten Anlagen zerstört ist. Solche Beispiele sind: normale Entwicklung von Muskeln nach Ausschaltung der Anlagen der motorischen Nerven, von Skeletteilen nach Ausschaltung der zugehörigen Muskelanlagen u. dgl. (Alle diese Fälle sind zusammengestellt und beleuchtet worden von *H. Spemann* in seinem vorzüglichen Referat vor der D. Zool. Ges. Rostock 1907.) Dieses allgemein verbreitete Vermögen des embryonalen Organismus ist etwas sehr Sonderbares; es tangiert dasselbe nicht die Erscheinung beim Erwachsenen, wo tatsächlich feste Abhängigkeiten an Stelle der Unabhängigkeiten bestehen können.

*Merzbacher*-Tübingen berichtet über eine eigenartige juvenile familiäre Erkrankung des Zentralnervensystems, die an sieben Mitgliedern derselben Familie zur Beobachtung gekommen ist. Die Krankheit wird in jeder Generation von einem weiblichen Mitglied der Familie, das selbst gesund bleibt, weiter vererbt. Das Symptomenbild, das bei allen erkrankten Familienmitgliedern zu derselben Zeit — im vierten Lebensmonat —, mit den gleichen Symptomen (Tremor des Kopfes, sehr heftiger Nystagmus) einzusetzen pflegt, erinnert in seiner Gesamtheit am meisten an die multiple Sklerose, zeichnet sich aber vor derselben dadurch aus, daß Paresen und Muskelatrophien und eigenartige Knochenerkrankungen, wahrscheinlich osteomalakischer Natur, zuletzt im Vordergrund stehen. Die Krankheit hat einen progressiven Charakter und führt schließlich zu den allerschwersten Störungen: die Kranken können nicht gehen, nicht stehen, nur unzweckmäßige, ataktische Bewegungen ausführen. Die intellektuelle Entwicklung ist zwar gestört, es handelt sich aber nicht um Idiotie. — Das Gehirn eines Erkrankten konnte histologisch untersucht werden. Der Befund ist auch hier ein recht eigenartiger. Fast sämtliche Markscheiden des Gehirnes — und nur dieses stand zur Verfügung — sind ausgefallen; die weiße Substanz ist schmal, auf ein Minimum reduziert; längs des Rindensaumes sind anscheinend gesunde Fasern erhalten, die Glia erscheint mächtig gewuchert. Genauere Untersuchungen stehen jedoch noch aus. — In der Literatur ist *M.* nur ein Fall bekannt, der mit dem von ihm beobachteten identifiziert werden könnte, nämlich der Fall, der 1885 von *Pelizaeus* beschrieben worden ist. (Nachdem *M.* seinen Vortrag bereits in Heidelberg gehalten hatte, konnte er die gewiß

interessante Tatsache feststellen, daß die von ihm beobachtete Familie ein Seitenzweig der von *Pelizaeus* beschriebenen Familie darstellt — also daß beide Fälle nur eine Familie betreffen; somit leiden in der betreffenden Familie 12 Mitglieder an derselben Erkrankung). — Eine ausführliche Publikation wird demnächst folgen.

*Ranke*-Heidelberg: Klinische und histopathologische Demonstration fötaler Zerebralerkrankungen.

Der Vortr. demonstriert drei Geschwister, welche an einer familiären epileptischen Idiotie mit Erscheinungen einer infantilen Zerebrallähmung leiden.

Bei allen dreien traten in den ersten Lebenswochen „Gichter" auf, welche in schwere epileptische Anfälle übergingen. Die intellektuellen Leistungen sind bei dem ältesten Kinde (15 jährig) sehr gering (spricht einige Worte, versteht einige Aufforderungen, kennt die gebräuchlichsten Gegenstände mit Namen, kann aber weder lesen noch schreiben), bei den zwei jüngeren (12- und 6 jährig) gleich null (fixieren nicht, kennen weder Mutter noch Geschwister, äußern keinerlei Lustgefühle).

Bei allen dreien ist eine gewisse Progredienz des Leidens unverkennbar: das älteste Kind bekam erst im 10. Jahre schwere epileptische Anfälle; das zweite erlitt im 6. Jahre einen „Schlaganfall", das dritte verlernte unter heftiger werdenden Anfällen das mit 4 Jahren gelernte Gehen im Alter von 5½ Jahren wieder.

Bei allen drei Kindern endlich sind Erscheinungen einer infantilen Zerebrallähmung vorhanden: das älteste zeigt eine leichte rechtsseitige Schwäche und Hypotrophie, das zweite eine schwere spastische Paraplegie sämtlicher Extremitäten (rechts > links), das dritte leichtere Spasmen und ebenfalls geringe, doch sichere Halbseitenerscheinungen.

Zwischen dem ersten und zweiten lebenden Kinde ist eines gestorben, das mit schlaffer Paraplegie der sämtlichen Extremitäten auf die Welt kam, ebenfalls „Gichter" und später schwere epileptische Krämpfe zeigte und im Alter von 6 Jahren an einem Schube seiner Krankheit (an „Hirnentzündung") starb.

Auch zwischen dem zweiten und dritten Kinde starb eines, bereits im Alter von 5 Monaten, an „Gichtern", das niemals irgendwelche psychische Regungen gezeigt hatte.

Nach dem letzten lebenden Kinde hat die Mutter noch dreimal geboren: einmal lebensunfähige Zwillinge im 6. Fötalmonate, ferner ein Kind, das idiotisch war wie die andern und mit 7 Monaten an „Hirnhautentzündung" starb, endlich wurde kürzlich auf ihren Wunsch — bei der völligen Aussichtslosigkeit auf ein gesundes Kind — im 5. Monate der Gravidität Abort eingeleitet.

Als wahrscheinliche Ursache dieser familiären Idiotie ließ sich nur ein sehr schwerer chronischer Alkoholismus des Vaters feststellen.

Anschließend an diese klinische Demonstration sprach der Vortr. über den histologischen Nachweis feinerer Entwicklungsstörungen bei solchen Hirnkrankheiten, bei welchen wir annehmen dürfen, daß sich ein bestimmter pathologischer Prozeß auf einem für diesen besonders geeigneten Boden entwickelt hat. Neben einigen normalen und pathologischen Fötalpräparaten, welche uns derartige Veränderungen im fertigen Gehirn besser verstehen lassen, zeigte er Bilder von juveniler Paralyse (auf dem Boden einer hereditären Lues) und genuiner Epilepsie. Bei dieser fanden sich (in allen daraufhin untersuchten Fällen) in der obersten Rindenschicht eigentümliche nervöse Elemente, welche in bestimmten Fötalzeiten eine große Rolle zu spielen scheinen, später aber normalerweise wieder verschwinden; bei jener dagegen ließen sich die von *Sträußler*-Prag zuerst mitgeteilten eigentümlichen Störungen der *Purkinje*-Zellen des Kleinhirns (Doppel- und Dreikernigkeit, ganz eigentümliche Formen auch der einkernigen Zellen) in vier Fällen konstatieren. Endlich fand sich in einem Falle von juveniler Paralyse eine eigentümliche Zellmasse im äußersten Saum des Großhirns, welche sich auf eine bestimmte Entwicklungsstörung zurückführen läßt.

*Quensel* demonstriert Präparate mit reaktiven Zelldegenerationen nach Hirnstammverletzung bei Kaninchen. — Bei gemeinsam mit *Kohnstamm* ausgeführten experimentellen Untersuchungen fand sich im Anschluß an eine Läsion, die in der Höhe des motorischen Trigeminuskernsgerade die Raphe und den mittleren Teil der Formatio reticularis von den hinteren Längsbündeln an bis ventral in den. Trapezkörper zerstörte, eine Tigrolyse kaudal gelegener Zellen in der Formatio reticularis bis zur Höhe der Hinterstrangkerne abwärts. Diese Reaktion läßt dieselben als Ursprungszellen eines in der Formatio reticularis aufsteigenden Systems erscheinen. Ein solches ist zu postulieren als wesentliches Glied in der dritten großen kortikopetalen, der Leitung von Schmerz- und Temperatureindrücken dienenden Bahn (*Kohnstamm*, Deutsche neurol. Gesellschaft 1907), dem mit dem (zum Kleinhirn bestimmten) *Gowers*schen Bündel verlaufenden Tractus anterolateralis ascendens. Das System stammt aus Hinterhornzellen, kreuzt in der ventralen Kommissur, ein kleiner Teil (spinotektale Bahn von *Edinger*) erreicht die Vierhügel (*Hoche*, *Sölder* u. a.), ein noch kleinerer gelangt zum Thalamus (spinothalamische Bahn, *Mott*, beim Menschen zuerst vom Vortr. beobachtet). Die Hauptmasse endet in der Formatio reticularis, wie demonstrierte *Marchi*-Präparate zeigen. (Centrum receptorium medullae oblongatae *Ko.*). Aus der Oblongata steigen in der Formatio reticularis ventral und lateral vom Fasc. longitudinalis post. Faserzüge auf, *Forel*sche Faszikel von *Lewandowski*, die den Thalamus und damit den Anschluß an die Rinde erreichen. Sie verlaufen in unmittelbarer Nähe der sekundären Trigeminusbahnen, für die

nach klinischen wie anatomischen Erfahrungen durchaus analoge Verhältnisse bestehen.

Als Schlußstein in der Kette der multineuronalen Schmerz- und Temperatursinnesleitung fehlte uns bisher nur die Kenntnis der Ursprungszellen für die aus der Medulla oblongata entspringenden Fasern. Unsere Präparate zeigten sie genau an der zu erwartenden Stelle degeneriert.

Unsere Deutung findet gewisse Schwierigkeiten darin, daß, wie *Kohnstamm* gezeigt hat, Zellen der Formatio reticularis, speziell auch im unteren Lateralkern (Nucleus reticularis lateralis), nach Rückenmarksdurchschneidungen aufsteigend degenerieren, also absteigende Axone aussenden. Demgegenüber ist zu bemerken: 1. Es handelt sich zum Teil hier um andere Zellen, besonders auch um mittelgroße, im dorsalen Teile der Formatio reticularis grisea, direkt ventral vom hinteren Längsbündel gelegene, 2. von den großen, ventraler gelegenen Zellen ist von *Kölliker*, *Ramon* und von *Held* beobachtet, daß sie einen Achsenzylinderfortsatz aussenden, der sich in einen auf- und einen absteigenden Ast teilt. Damit ist die Möglichkeit einer reaktiven Degeneration sowohl auf- als absteigend durchaus gegeben. Die Zellen stellen das Glied einer zentripetalen Kette dar. Wie so oft bei zentralen Elementen sind sie aber damit in ihrer Funktion nicht erschöpfend charakterisiert, sondern erfüllen zugleich noch reflektorische und koordinatorische Funktionen. Als Reflexelemente sind sie denn auch schon von *Held* u. a., als sensibles Neuron dritter Ordnung von *Kölliker* angesprochen worden.

*Rosenfeld*-Straßburg: Die Serodiagnose der syphilidogenen Erkrankung des Zentralnervensystems.

Vortr. referiert zunächst diejenigen Arbeiten, nach welchen mit Hilfe der Komplementbindungsmethode Antistoffe in der Zerebrospinalflüssigkeit und im Serum gefunden wurden (*Wassermann*, *Plaut*, *Marie*, *Levaditi*, *Schütze*, *Neisser*, *Bruck*, *Schucht* u. a.). Die beiden zuerst genannten Autoren fanden in ihren ersten Untersuchungen in 41 Fällen von 54 Antistoffe in der Zerebrospinalflüssigkeit; in 19 Fällen von 20 auch im Serum. *Marie* und *Levaditi* konnten dieselben in 29 Fällen von 39 nachweisen. Bei Tabikern scheint der positive Ausfall der Reaktion nicht so häufig zu sein. Nach der Untersuchung von *Schütze* fanden sich in 12 Fällen von Tabes nur achtmal Antistoffe; dabei war es auffällig, daß in den vier übrigbleibenden Fällen auch die luische Infektion geleugnet wurde. Zahlreiche Fälle, in denen sich Antistoffe nachweisen ließen, hatten angeblich keine Infektion durchgemacht. Für den Ausfall der Reaktion war es gleichgültig, ob die Zustandsbilder schwer waren, ob eine antiluische Behandlung stattgefunden hatte, und ob der Zeitpunkt der Infektion schon lange zurücklag. Ein Parallelismus zwischen der Lymphocytose und dem Vorhandensein von Antistoffen ließ sich nicht nachweisen.

In späteren Untersuchungen von *Plaut* stieg die Zahl derjenigen Fälle, in welchen sich Antistoffe im Serum und Zerebrospinalflüssigkeit nachweisen ließen, fast auf 100 %. Bei Lues cerebri und bei Lues ohne zerebrale Affektionen war die Zahl der Fälle, welche eine positive Reaktion gaben, eine geringe.

Das Vorkommen von Antistoffen in der Zerebrospinalflüssigkeit erscheint demnach als pathognomonisch für Paralyse.

Vortr. berichtet dann ferner über Untersuchungen, welche von *Fornet* und *Schereschewsky* im Bakteriologischen Institut zu Straßburg angestellt worden sind. Die genannten Autoren suchten mit Hilfe der Präzipitatreaktion den Nachweis zu führen, daß in dem Serum von Paralytikern und Luikern sich spezifische korrespondierende Körper nachweisen lassen. Das Material zu diesen Untersuchungen stammte aus der Klinik für Hautkrankheiten und der Psychiatrischen Klinik zu Straßburg. Die genannten Autoren ließen das Serum eines Luikers, bei welchem sie die Spirochaete pallida nachgewiesen hatten, mit dem Serum verschiedener Paralytiker und Tabiker reagieren. In der Mehrzahl der Fälle traten spezifische Präzipitate auf, während weder das Serum der Luiker, noch das der Paralytiker und Tabiker mit normalem Menschenserum zusammen die gleiche Reaktion gaben. In einer Reihe von Fällen sicherer Paralyse und in einem Falle von Paralyse mit Knochensyphilis fiel die Präzipitatreaktion aber negativ aus. Der Vorzug der von genannten Autoren angegebenen Methode ist zunächst der, daß sie leicht auszuführen ist. Ob sie sich in der Praxis ebenso bewähren wird wie die Komplementbindungsmethode, wird durch weitere Untersuchungen erst noch festgestellt werden müssen (Lit. vgl. *Fornet* und *Schereschewsky*, Serodiagnose bei Lues, Tabes und Paralyse durch spezifische Niederschläge, Münch. med. Wochenschr. 1907, Nr. 30; dieselben, Über Luespräzipitine und Luespräzipitinogene. Vortrag gehalten auf dem XIV. internationalen Kongreß für Hygiene und Demographie, Berlin 1907).

Diskussion. — *Alzheimer* betont, daß entsprechende Versuche in der Münchener Klinik negativ ausgefallen seien, während sich die Komplementbindungsmethode stets zuverlässig erwiesen habe.

*Rosenfeld* weist auf die Schwierigkeit der Komplementbindungsmethode und die Einfachheit der Präzipitationsmethode hin.

*Reiß*-Tübingen: Über paranoide Symptomenkomplexe bei Degenerierten.

Vortr. zeigt an der Hand eines Falles, daß auch im gewöhnlichen Leben paranoide Erkrankungen vorkommen, die als pathologische Reaktionen auf Grund einer eigentümlichen degenerativen Veranlagung aufgefaßt werden müssen. Diese Erkrankungen entsprechen durchaus den von *Bonhoeffer* in seiner Arbeit über Degenerationspsychosen geschilderten ersten Gruppe von Gefängnispsychosen, für die daher die gleiche Auffassung

gilt. Eine Zusammenstellung der in der Tübinger Klinik beobachteten hierher gehörigen Fälle bestätigte diese Annahme.

(Vortrag wird in extenso in *Gaupps* Zentralblatt erscheinen.)

Diskussion. — *Wilmanns* schließt sich dem Vortr. an. Die Symptomenkomplexe machen Schwierigkeiten nicht bloß der Dementia praecox gegenüber, sondern auch gegenüber dem manisch-depressiven Irresein.

*Reiß* (Schlußwort) betont, daß das manisch-depressive Irresein in seinem Fall ausgeschlossen war.

*L. Mann*-Mannheim: Psychiatrische Aufgaben der Gemeinden.

In der Mehrzahl der Städte ist die Versorgung der Geisteskranken vor der Aufnahme in die Anstalt eine ungenügende. Die paar Zellen, die gewöhnlich zur Verfügung stehen, können nur der Verwahrung dienen, eine Behandlung ist so gut wie ausgeschlossen. Die Gemeinden müssen entweder in Form eigener psychiatrischer Abteilungen der Krankenhäuser oder von Asylen, beide unter spezialistischer Leitung, für eine sachgemäße Vorbehandlung Geisteskranker, Versorgung von plötzlich hilfsbedürftig Gewordenen (Epileptiker, Hysteriker, Alkoholiker, Deliranten, Psychopathen), die rasch wieder zur Entlassung kommen, sorgen. In größeren Städten ist dieser Einrichtung die Begutachtung evtl. Behandlung und Erziehung von Fürsorgezöglingen und Jugendlichen anzuschließen, wie dies Frankfurt durchgeführt hat.

Der klinischen Einrichtung ist eine psychiatrische Beratungsstelle anzuschließen mit Poliklinik für die Psychisch-Nervösen und mit einer Auskunftstelle für alle Fragen des Irrenwesens, in der Gesunde und Kranke über die rechtlichen Verhältnisse, Anstaltsunterbringung, Entmündigungsangelegenheiten, Verfahren mit Alkoholikern usw. unentgeltlich Auskunft erhalten. In Verbindung hiermit wäre eine Zentrale zur Bekämpfung des Alkoholismus zu schaffen. Ferner wird die Einrichtung von Kursen für freiwillige und Berufsirrenpfleger ermöglicht, die den Anstalten einen Nachwuchs von geeignetem Material liefern können. Es ist anzunehmen, daß bei dem Wechsel der Lage des Arbeitsmarkts sich genügend Leute für den Pflegerberuf finden, wenn sie vorher Gelegenheit haben, diesen kennen zu lernen. Vortr. verspricht sich hiervon Vorteile für die Qualität des Pflegepersonals; ebenso werden Kurse für Juristen, Verwaltungsbeamte, Lehrer und die Polizei ermöglicht, wie dies *Dannemann*, der in allen diesen Fragen besondere Verdienste hat, für letztere durchgeführt hat.

Sehr wichtig ist die Fürsorge für die entlassenen Geisteskranken und Fürsorgepfleglinge. Die Hilfsvereine für entlassene Geisteskranke genügen nicht, es muß ein psychiatrischer Arbeitsnachweis geschaffen werden, der einerseits in Verbindung mit den entlassenden Anstalten, andrerseits in Verbindung mit den städti-

schen allgemeinen Arbeitsnachweisen und den Arbeitgebern stehen soll. Wenn ein Kranker zur Entlassung kommt, so soll schon eine Arbeitsstelle für ihn bereit sein. Die Zentrale übt dann die weitere Kontrolle aus und erledigt die Erkundigungen der Anstalten.

Weiter soll die Zentrale Fühlung suchen 1. mit der Schulbehörde (Hilfsschulen), 2. mit der Aushebungskommission (rechtzeitige Ausschaltung Minderwertiger vom Militär), 3. mit der Gerichtsbehörde (bei Einleitung von Zwangs- und Fürsorgeerziehung. Verfahren bei Jugendlichen), 4. mit dem Bezirksamt oder der entsprechenden Verwaltungsbehörde (Begutachtung, Verfahren bei Landstreichern, Prostituierten usw.).

Schließlich wird die Stadtpsychiatrie bei der Statistik der Psychosen und Psychoneurosen, bei anamnestischen und katamnestischen Erhebungen, bei der Familienforschung, bei der Erforschung der sozialen Ursachen und sozialhygienischen Prophylaxe (Einfluß von Beruf, Wohnungsverhältnissen, Arbeitsverhältnissen, Kinderarbeit usw.) wertvolle Dienste leisten können. (Ausführliche Veröffentlichung an anderer Stelle.)

*Berliner*-Gießen: Zur Kasuistik der Diplopie.

Vortr. berichtet über eine eigenartige Form von Diplopie, die, abgesehen von Symptomen einer Verengerung der rechten Tuba Eustachii, mehrere Monate hindurch das einzige Symptom eines von der Schädelbasis ausgegangenen Sarkoms bildete: Der Patient sah Objekte, die sich in einer Entfernung von weniger als 60 Zentimeter befanden, einfach. Außerhalb dieses Umkreises entstanden gleichnamige und gleich hoch nebeneinander stehende Doppelbilder, deren Abstand beim Geradeaussehen mit der Entfernung vom Patienten zunahm. Bei seitlicher Verschiebung des Objekts wuchs ebenfalls der Abstand der Doppelbilder, in gleichem Maße bei Verschiebung nach rechts wie nach links.

Die Annahme einer doppelseitigen Abduzensparese genügte zur Erklärung der Störung nicht. Dagegen sprachen zwei Feststellungen: 1. erwiesen sich alle Bewegungen der Augen als ungestört; auch die Abduktion beider Augen war beim Seitwärtsblicken nach rechts oder nach links völlig intakt; 2. verschob man innerhalb des Abstandes von 60 cm das Objekt seitlich, nach rechts oder nach links, so blieb das Bild einfach, auch bei maximaler Seitwärtswendung des Blickes. Es wurde demnach binokular (nach Verdecken des dem Gegenstande zugekehrten Auges wurde dieser weiter wahrgenommen) einfach gesehen, auch wenn an die Leistungsfähigkeit der Nervi abducentes hohe Anforderungen gestellt wurden. Mit der Annahme einer Lähmung der Divergenz war das Verhalten der Doppelbilder bei Verschiebung des Objekts nach rechts oder links von der Medianlinie nicht vereinbar. Nach *Straub* gehört es zu den Symptomen der Divergenzlähmung, daß die Doppelbilder sich dabei nähern und schließlich zusammenfallen. Im vorliegenden Falle entfernten sich die Doppel-

bilder außerhalb des Fernpunktes der Konvergenz immer weiter voneinander, je weiter das Objekt seitlich verschoben wurde. Dieser Befund wurde in der Zeit von Anfang Juli bis Ende August bei wiederholten Untersuchungen immer wieder festgestellt. Eine Änderung trat während dieser Zeit nur insofern ein, als der Konvergenzfernpunkt immer näher rückte, der Patient schließlich nur im Umkreise von 8 cm noch einfach sah. Im August wurde bei Untersuchung in der Ohrenklinik eine kirschgroße Geschwulstbildung am Ostium pharyngeum tubae gefunden. Ein zur Probe exzidiertes Stück zeigte Sarkomstruktur. Im Laufe des September trat eine Schwellung in der Gegend des rechten Jochbogens ein, außerdem rechtsseitige Ptosis; die bis dahin normalen Pupillen wurden ungleich, die linke weiter als die rechte. Eine Operation (von der Regio zygomatica aus) war ohne Erfolg. Bei der letzten Untersuchung zeigte sich beim Blicken geradeaus sowie nach links der gleiche Befund wie früher, während beim Seitwärtsblicken nach rechts nunmehr das für Abduzenslähmung charakteristische Verhalten der Doppelbilder konstatiert wurde. In der Literatur fand sich nur eine der obigen ähnliche Schilderung der Diplopie. *Dor* hat eine 16 Monate andauernde Diplopie bei einem 12jährigen Knaben beobachtet, der sich von dem vorliegenden nur insofern unterschied, als dabei die Entfernung der Doppelbilder zum Blicke geradeaus wie zur Seite bei gleichem Abstande die gleiche blieb.

*A. Homburger*-Frankfurt: Fragestellungen zur Lehre von der Struktur der faserigen pathologischen Neuroglia.

*Weigert* hatte festgestellt, daß in der Anordnung der normalen Neurogliafasern, entsprechend deren Wesen als Stützsubstanz, mechanische Momente der Zug-, Druck- und Schubfestigkeit mitbestimmend sind, und daß die normale Neuroglia von dem *Rouxschen* Maximum-Minimumgesetz keine Ausnahme mache.

Für die pathologisch neugebildete faserige Glia beanspruchte er die Geltung seiner Schädigungstheorie in dem Sinne, daß durch Ausfall nervösen Gewebes eine Glianeubildung ausgelöst wird mit der Tendenz zur Überproliferation.

Vortr. bringt nun einige Beispiele dafür bei, daß auch unter pathologischen Bedingungen an der gliösen Abgrenzung von Zysten bzw. Erweichungshöhlen und am Rande traumatischer Hirnrindendefekte echte Stützgerüstformationen vorkommen, welche dem Maximum-Minimumgesetz entsprechen. Diese Bildungen stellen in konstruktiver und biologischer Hinsicht einen scharfen Gegensatz dar gegenüber den strukturlosen, unentwirrbaren Fasermassen, die man um Erweichungen usw. gewöhnlich findet. In diesen beiden einander gegenüberstehenden Bildungen kommen zwei Formen des Maximum-Minimumgesetzes zum Ausdruck.

1. Die gewöhnliche und für normale Verhältnisse durchweg gültige: ein Minimum an Material leistet ein Maximum an Funktion durch die

mechanisch hochwertigste Anordnung der Elemente — unter pathologischen Verhältnissen der seltnere Fall.

2. Ein Maximum neugebildeten Materials leistet eine reparatorische Funktion in einem Minimum von Zeit, wobei die Anordnung der Elemente in den Hintergrund tritt; die Druckausgleichung durch Raumausfüllung ist im Falle eines Defektes das Wesentlichste. In der Geltendmachung des zeitlichen Momentes sieht *H.* ein wesentliches Charakteristikum formativer Prozesse unter krankhaften Bedingungen. Aus diesem Gesichtspunkte ist es an sich schon klar, daß die pathologische Neubildung von Gliafasern nicht unabhängig von derjenigen der zelligen Glia verständlich ist; in jedem Falle sind folgende Fragen zu stellen:

1. nach der Fähigkeit der Zellen, Fasern zu bilden;

2. nach der Möglichkeit hierzu unter Maßgabe der Spannungsverhältnisse zwischen nervöser Substanz, Flüssigkeiten und Neuroglia selbst;

3. nach dem mechanischen Erfordernis zur Bildung von Fasern.

Hierfür Kriterien zu schaffen, ist die Aufgabe späterer Untersuchungen.

*Pfersdorff*-Straßburg: Über die Störungen der Sprache im manisch-depressiven Irresein.

(Erschien im 2. Märzheft des *Gaupp*schen Zentralblattes.)

*Bayerthal*: Schulärztliche Erfahrungen.

(Der Vortrag wird in der psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift erscheinen.)

Herr *Gruhle*-Heidelberg verzichtet auf den Vortrag: Entwicklung und Geisteszustand von Zwangszöglingen.

*Zöllner*-Straßburg: Über einen Fall von Hypophysentumor. (Ausführliche Veröffentlichung im Archiv für Psychiatrie.)

An Krankengeschichte und pathologisch-anatomischem Befund interessieren vor allem folgende Punkte: Es bestanden Störungen im Körperwachstum, kindlich weiblicher Habitus, Adipositas, wie sie ähnlich schon mehrfach beschrieben sind. Der Tumor hatte zu einer hochgradigen Impression des Pons geführt; zu Lebzeiten hatten jedoch keinerlei Ausfallerscheinungen im Gebiete der motorischen Bahnen bestanden. Die Begründung dafür dürfte in dem sehr langsamen Wachstum des Tumors liegen. Eine Degeneration im Gebiete der Pyramidenbahnen war nicht vorhanden. Durch die multiplen an der Basis liegenden Tumoren waren die Hirnnerven teilweise schwer anatomisch geschädigt, hatten jedoch größtenteils entweder gar keine oder doch nur geringe Ausfallerscheinungen in ihrem Innervationsgebiet geboten. Der Tumor war nach abwärts bzw. vorwärts in die Nasenhöhlen und Augenhöhlen gewuchert, in ersterer der Probeexzision zugänglich geworden. Es dürfte von hohem Wert sein, durch Probeexzision zu Lebzeiten schon pathologisch-anatomisch die Herkunft des Tumors

beweisen zu können. Die Hypophysentumoren haben in letzter Zeit ganz besonders durch das kühnere Vorgehen der Chirurgen an Interesse gewonnen; *Schloffer* hat einen solchen Fall operiert, desgleichen *v. Eiselsberg*.

Die neuere Literatur bringt eine größere Zahl von beobachteten Hypophysentumoren, während die ältere Literatur verhältnismäßig wenig enthält. Die Frage der Operation solcher Tumoren ist nach den bisherigen Erfahrungen auf jeden Fall zu erwägen.

Schluß der Sitzung 1½ Uhr.

Nachmittags besichtigte ein Teil der Versammlung die neue Anstalt bei Wiesloch.

Heidelberg und Straßburg. *Pfersdorff.* *Ranke.*

---

## 126. Sitzung des Psychiatrischen Vereins zu Berlin am 14. März 1908.

Anwesend die Herren: *Abraham*-Berlin a. G., *Ascher*-Berlin, *Bischoff*-Buch a. G., *Boedeker*-Schlachtensee, *Bratz*-Wuhlgarten, *Döblin*-Buch a. G., *Max Edel*-Charlottenburg, *Eicke*-Herzberge, *Forster*-Berlin a. G., *Frenkel*-Heiden a. G., *Gock*-Landsberg a. W., *Hebold*-Wuhlgarten, *Junius*-Buch, *Kalischer*-Schlachtensee, *Knörr*-Teupitz, *Koenig*-Dalldorf, *Kortum*-Dalldorf, *Hans Laehr*-Schweizerhof, *Liepmann*-Dalldorf, *Lilienstein*-Nauheim a. G., *Lipschitz*-Berlin a. G., *Loewenstein*-Herzberge a. G., *Marthen*-Landsberg a. Warthe, *Matthies*-Dalldorf, *Moeli*-Herzberge, *Mucha*-Franz.-Buchholz, *Munter*-Berlin, *Pelizaeus*-Oeynhausen a. G., *Salinger*-Buch a. G., *Schmitz*-Neu-Ruppin, *Schoenhals*-Haus Schönow a. G., *Schulz*-Buch a. G., *Schuster*-Berlin, *Seiffer*-Berlin a. G., *Vieregge*-Buch a. G., *Waldschmidt*-Nikolassee, *Ziehen*-Berlin, *Zinn*-Eberswalde.

Dem Verein ist beigetreten: Dr. *Rosenberg*-Berlin (Charité).

Vorsitzender *Ziehen*.

Der Vorsitzende gedenkt des verstorbenen Mitgliedes Geh. Medizinalrat Dr. *Baer*, zu dessen Ehren und Gedächtnis die Anwesenden sich erheben.

Herr *Seiffer*: Gedächtnis-Untersuchungen.

Der Vortr. demonstriert zwei Apparate, welche für Gedächtnis-untersuchungen bestimmt sind, und führt dazu aus, daß die genaue Untersuchung des Gedächtnisses nicht nur für die normale, sondern auch für die pathologische Psychologie, insbesondere also auch für die Zwecke der wissenschaftlichen Psychiatrie mehr und mehr an Bedeutung gewonnen hat. Nur wenn wir dem Wunsche nach möglichst exakter Untersuchung des Gedächtnisses gerecht werden, ist es möglich, sich von den Fehlerquellen individueller Anschauung und Erfahrung zu emanzipieren und Urteile auszusprechen, welche auf allgemeinen Kredit Anspruch machen können. Der subjektive Eindruck eines Untersuchers über Intelligenz und Gedächtnis eines Kranken beweist nichts für andere Untersucher

und kann nicht als Tatsache hingenommen werden; nur objektiv nachprüfbaren Untersuchungen kommt ein wissenschaftlicher Wert zu.

Die Methoden, die uns hierbei zur Verfügung stehen, sind nicht sehr zahlreich. Ihre Zahl wird bereichert durch zwei Apparate, die noch wenig bekannt und praktisch angewandt sind, nämlich den Rotationsapparat für Gedächtnisstudien von *G. E. Müller* und den Gedächtnisapparat von *Wirth*, modifiziert nach *Ach*, welche beide vom Vortr. in ihrer Gebrauchsweise vorgeführt werden. Sie haben beide ihre besonderen Vorzüge und erwiesen sich dem Vortr. bei seinen bisherigen Untersuchungen als sehr brauchbar und zu allgemeiner Anwendung empfehlenswert. Besonders gilt dies von dem *Wirth-Ach*schen Apparat, mit welchem der Vortr. bisher vorzugsweise gearbeitet hat. Der Umfang seiner Untersuchungen ist allerdings bisher noch ein beschränkter, doch ergibt die Zusammenstellung der etwa 100 Gedächtnisversuche an Kranken der psychiatrischen Klinik bereits ganz interessante Resultate, welche indes bei der relativ geringen Zahl nur gestreift werden. Als Reiz für das Gedächtnis bzw. die Merkfähigkeit wurde eine bestimmte Zahl von Worten bzw. zweistelligen Zahlen verwendet und in meist fünf aufeinanderfolgenden Versuchen festgestellt, wieviel von den exponierten Worten oder Zahlen gemerkt wird. Die Versuchsanordnung läßt sich in der mannigfachsten Weise variieren. Die Fehlreaktionen wurden mit protokolliert und boten für sich interessante psychologische Beziehungen. Die schlechtesten Merkleistungen boten die Defektpsychosen mit anatomischem Befund, während die Leistungen bei Dementia praecox — anderen Erfahrungen entsprechend — oft ausgezeichnete waren. Die Kontraste zwischen funktionellen Psychosen und solchen mit anatomischen Veränderungen, sowie die Beeinflussungen der Resultate durch die Inkohärenz, z. B. bei Deliranten, sind evident, lehrreich die Vergleiche der Ergebnisse im Dämmerzustand und außerhalb desselben bei ein und demselben Kranken.

Es wäre verfrüht, schon jetzt auf weitere Einzelheiten der Untersuchungsresultate einzugehen. Von Anfang an muß natürlich im Auge behalten werden, daß eine Menge von Fehlerquellen zu beachten sind, welche aus dem untersuchten Kranken selbst, oder aus der Art des Apparates, oder aus der Umgebung entspringen können. Um nur einige zu erwähnen, so sind Störungen des Seh- und Lesevermögens, Belichtungsintensität der Reizworte usw., Geräusche in der Umgebung von großer Bedeutung, ebenso z. B. der physiologische Zustand des Untersuchten, die Frage, ob er sich vor oder nach dem Essen befindet, ob er morgens oder abends, nach durchwachter Nacht oder anderen Strapazen physischer und psychischer Art geprüft wird. Dadurch wird selbstverständlich die Vergleichsmöglichkeit einzelner Untersuchungen ganz erheblich eingeschränkt. Von ausschlaggebender Wichtigkeit ist dabei auch die Untersuchung der Aufmerksamkeit, welche zur selben Zeit stattzufinden hat. Der Vortr. zeigt zum Vergleich die Ergebnisse einer Aufmerksamkeits-

prüfung (*Bourdon*sche Probe) mit den Ergebnissen der Merkfähigkeitsprüfung bei denselben Kranken. Man erkennt deutlich die schlechten Merkleistungen bei den Kranken mit schlechten Resultaten der Aufmerksamkeitsprüfung und umgekehrt.

Da die Psychiatrie in ihrem Streben nach wissenschaftlicher Gleichstellung mit anderen klinischen Fächern allen Grund hat, ihre Untersuchungsmethoden zu vertiefen und möglichst exakt zu gestalten, so ist der Wert solcher Gedächtnisuntersuchungen nicht, wie es vielfach noch geschieht, gering zu achten. Uns muß vielmehr alles darauf ankommen, für die wichtigsten psychischen Störungen wissenschaftliche Untersuchungsmethoden einzuführen. Mit der Untersuchung psychischer Funktionen aber, wie sie diese u. a. Apparate gestatten, nähern wir uns dem Vorbilde anderer klinischer Gebiete, nämlich der exakten, allgemein gültigen, allgemein nachprüfbaren Feststellung eines bestimmten Tatsachenmaterials.

Diskussion. — Herr *Vieregge* bittet den Vortr. um Auskunft, ob es sich bei den Reizen tatsächlich um zweistellige Zahlen oder um zwei einfach hintereinander gestellte Ziffern handelte, ob also 53 als dreiundfünfzig oder fünf drei gemerkt und reproduziert wurde.

Herr *Bischoff* fragt nach Erfahrungen mit dem *Müller*schen Apparat bei Geisteskranken und darnach, ob die Geisteskranken bei den Versuchen am *Wirth*schen Apparat sich gut fixieren ließen.

Herr *Bratz*: Die exakten Apparate zur Gedächtnisprüfung, welche der Herr Vortr. uns demonstriert hat, bieten mir willkommenen Anlaß, Ihnen über einen einfacheren Apparat und seine Handhabung zu berichten. Es ergab sich insbesondere bei Epileptischen in bezug auf die allmählich sinkende Leistungsfähigkeit (Grad der Demenz) und in bezug auf die Schwankungen der Leistungen (Benommenheitszustände), ferner bei Alkoholikern im Hinblick auf die zunehmende Gedächtnisleistung in der Abstinenz, das Bedürfnis zu einer möglichst exakten, aber leicht und schnell zu handhabenden Prüfung des Gedächtnisses, welche bei demselben Individuum in längeren Zwischenräumen wiederholt werden konnte.

Ich schloß mich bei Konstruktion unseres Apparates der jetzt allgemein geübten Methode des Vorsprechens von mehrstelligen Zahlenreihen an, welche zunächst nachgesprochen, dann eventuell in umgekehrter Reihenfolge reproduziert werden müssen. Das Zahlenvorsprechen hat in bezug auf Exaktheit des Experiments bekanntermaßen den Nachteil, daß je nach der Schnelligkeit usw. des Vorsprechenden die Aufgabe verschieden ausfällt. Ich versuchte nun maschinell dieselbe Aufgabe mit größerer Gleichmäßigkeit zu stellen, allerdings als visuellen, nicht akustischen Reiz. An einem Loche passiert mit gleichmäßiger Geschwindigkeit vorbei eine Kreisscheibe, in welche die Zahlen von 0 bis 9 in unregelmäßiger Reihenfolge gesteckt sind. Die Zahlen sind weiß auf schwarzem Grund,

3 cm hoch, recht bequem zu lesen. Der Kranke sieht z. B. 5—8—7—1 an der Öffnung vorüberziehen. Eine Arretierung bewirkt ein Einschnappen und dadurch ein jeweiliges kurzes Verweilen der Zahl in der Öffnung. Die Variation der Zahlenreihen wechselt je nach der Stelle, von wo aus die Scheibe zu rotieren beginnt und je nach der Umdrehungsrichtung, so daß der Variationen zu viele sind, als daß ein Erlernen beim Experimentieren eintreten könnte. Es schien mir nun im Gegensatz zu der erreichten Exaktheit ein Nachteil aufzutreten, und es wäre mir sehr erwünscht, in dieser Richtung die Ansicht des Herrn Vortr. kennen zu lernen. Experimentierten wir mit noch ungeübten oder geistig nicht sehr hochstehenden (ungebildeten) Personen, so waren die Resultate der Gedächtnisleistung bei diesem visuellen Auftreten der Zahlen zunächst immer erheblich schlechter als beim einfachen Zurufen in gleichem Tempo. Es lag mir nun, da ein so großer Unterschied zwischen dem Gedächtnis für visuelle und akustische Reize nach *Pohlmann* nicht existiert, die Erklärung nahe, daß die Übung bei dieser maschinellen Prüfung zunächst (am ersten Tage) geringer ist, als bei dem Zahlenvorsprechen, das bis zu einem gewissen Grade aus dem gewöhnlichen Leben bei jedermann ein gewohnter Vorgang ist.

Herr *Abraham* macht darauf aufmerksam, daß bei den Versuchspersonen vorhandene gefühlsbetonte Vorstellungen durch die Reizwörter getroffen werden können. Beim Assoziationsexperiment trat unter solchen Umständen eine Störung der Reaktion und der Reproduktion ein. Diese Fehlerquelle sei zu berücksichtigen. — Er fragt den Vortr. ferner, ob er außer dem Ausfall eines Teils der Reproduktionen auch Fehlerinnerungen beobachtet habe.

Herr *Hebold*: 1. Der Herr Vortr. hat selbst darauf hingewiesen, daß eine Reihe von Fehlern zu berücksichtigen sind. Das heißt wohl, daß bei der Verwertung der Ergebnisse eine Reihe von Umständen beachtet werden müssen. Da ist mir aufgefallen, daß der Gymnasiast recht gute Antworten gab, der die Merkfähigkeit mehr als andere übt. Daher frage ich, ob nicht der Beruf, die regelmäßige Tätigkeit ganz besonders in Rechnung zu stellen sind. Hat es sich ergeben, daß ein Kaufmann oder sonst jemand, der viel mit Zahlen zu tun hat, sichtlich auch befähigt war, bei der Prüfung an den Apparaten Zahlen zu merken?

2. Da wir von einem Kranken nicht wissen, wie seine in Frage stehende Fähigkeit in gesunden Tagen war, ist es wichtig, durch Untersuchung von Gesunden festzustellen, ob man ein mittleres Ergebnis bei dieser Untersuchung an Gesunden aufstellen kann. Es ist selbstverständlich, daß der Wert und Nutzen vergleichender Untersuchungen in verschiedenen Zeiten bei denselben Kranken unbestreitbar ist, und daß dieselben uns wesentlich fördern werden.

Herr *Ziehen* betont, daß ein Vergleich mit anderen Kranken allerdings infolge der ungleichen Vorbildung leicht zu Fehlern führt, daß aber ein solcher Vergleich auch gar nicht das wesentliche ist. Es handelt sich

vielmehr um einen Vergleich der Leistungen desselben Kranken zu verschiedenen Zeiten, bei heilbaren Kranken während der Krankheit und nach der Genesung, bei unheilbaren Kranken während der früheren und während der späteren Stadien (Differentialmethode).

Herr *Seiffer* (Schlußwort): Die Reize wurden als einheitliche Zahlen gegeben und reproduziert. Dabei wurde die Erfahrung gemacht, daß die Geisteskranken im allgemeinen sich zu den Versuchen mit dem *Wirth-Ach*schen Apparat gut fixieren ließen, natürlich abgesehen von schwer verwirrten u. dergl. Patienten. Mit dem *Müller*schen Gedächtnisapparat habe ich an Geisteskranken noch keine so umfangreichen Studien gemacht, um darüber jetzt schon berichten zu können.

Auf die Bemerkungen des Herrn *Abraham* kann ich erwidern, daß bei genauer Analyse der Protokolle sich zuweilen feststellen ließ, daß durch die Reizworte anscheinend gefühlsbetonte Vorstellungen des betreffenden Kranken getroffen worden waren. Auch wurden außer dem Ausfall von Reproduktionen gar nicht selten, ja sogar oft Fehlerinnerungen beobachtet, deren Untersuchung bei den verschiedenen Formen der Geistesstörung nebenher ein ganz besonderes Interesse bietet.

Auf die Frage des Herrn *Bratz* ist zu berichten, daß bei meinen Versuchen aus dem Mangel einer Übung des Patienten bei den ersten Experimenten kein besonderer Nachteil erwachsen war; selbst ganz ungebildete Kranke wußten alsbald nach kurzer, stets einförmig vorausgeschickter Erklärung, worauf es ankam, so daß die Brauchbarkeit des Versuchs nach dieser Richtung in keiner Weise litt. Ich bemerke aber, daß es sich bei meinen Versuchen um sehr einfache Reize handelte.

Die Bedeutung der Fehlerquellen darf natürlich nicht unterschätzt werden. Es ist selbstverständlich und ganz evident, daß Zahlengeübte am Apparat weit bessere Resultate liefern als solche, deren Merkfähigkeit im allgemeinen und für Zahlen insbesondere durch ihren Beruf nicht vorgebildet ist. Eine mittlere Leistung bei Gesunden läßt sich wohl aufstellen, aber zum Vergleich mit derjenigen von Kranken nur heranziehen, wenn weite Grenzen genommen und alle in Betracht kommenden individuellen Faktoren berücksichtigt werden. Im übrigen stimme ich den Ausführungen der Herren *Hebold* und *Ziehen* vollkommen bei.

Herr *Frenkel*-Heiden: Die Methode der Komplementablenkung im Dienste der Neurologie und Psychiatrie.

Wie Ihnen bekannt ist, steht die sogenannte *Wassermann*sche Reaktion augenblicklich in dem Mittelpunkt des ärztlichen Interesses. Eine Anzahl von Sitzungen der Berliner Medizinischen Gesellschaft sind diesem Gegenstande gewidmet gewesen. Die Reaktion macht den Anspruch, in den Körperflüssigkeiten von Menschen, welche an Lues leiden

oder an derselben gelitten haben, Stoffe nachzuweisen, welche für diese Erkrankung charakteristisch sind. Es sollen mit Hilfe dieser Methode im Blutserum und in der Zerebrospinalflüssigkeit spezifische Körper nachweisbar sein.

Selbstverständlich steht und fällt die Methode mit der Spezifizität der Reaktion. Wenn sich die Richtigkeit und Zuverlässigkeit des Verfahrens bewährt — und es hat den Anschein, als ob dies in der Tat der Fall ist — dann hat die Neurologie und Psychiatrie ein ganz besonderes Interesse an derselben, ja man kann sagen, ein beträchtlicheres Interesse als die Syphilidologie und die innere Klinik. Denn in der Mehrzahl der Fälle von Erkrankungen des Nervensystems sind somatische Zeichen einer bestehenden oder abgelaufenen Lues nicht vorhanden, und die anamnestischen Angaben lassen vielfach im Stich. Es braucht nur auf die Wichtigkeit der Differenzialdiagnose zwischen einer luischen Neubildung im Rückenmark und Gehirn und einer andersartigen hingewiesen zu werden, um die Wichtigkeit der neuen Methode für die Nerven- und psychiatrische Klinik ohne weiteres einzusehen.

Wir haben daher, nachdem die Zuverlässigkeit der Methodik einigermaßen feststand, eine systematische Prüfung derselben an dem Material der Nerven- und psychiatrischen Klinik der Königlichen Charité vorgenommen.

Bevor ich aber auf das Wesen der Komplementablenkung und auf die mit Hilfe derselben an unserem Material gewonnenen Erfahrungen eingehe, möchte ich Sie bitten, mir auf ein Gebiet zu folgen, welches bisher von der Domäne der Erkrankungen des Nervensystems weit abgelegen war, nämlich auf das Gebiet der Immunitätslehre, welche auch nach anderer Richtung, wie ich nicht zweifle, bald in nächste Beziehung zu der Neurologie und Psychiatrie kommen wird.

Werden in den Organismus eines Menschen oder eines Tieres Stoffe eingeführt, welche nicht zu den Bestandteilen des betreffenden Organismus gehören, so reagiert derselbe mit der Bildung von Körpern, welche mit dem eingeführten in spezifischer Weise reagieren. Führt man beispielsweise die Stoffwechselprodukte des Tetanus- oder des Diphtheriebazillus einem Tier intravenös oder intraperitoneal oder subkutan zu, so entstehen nach einiger Zeit in dem, wie man sich ausdrückt, immunisierten Tier Stoffe, welche imstande sind, die Giftigkeit der eingeführten Substanzen aufzuheben. Diese Körper nennt man Antitoxine. Bringt man, um ein anderes Beispiel anzuführen, Bakterien, z. B. den Choleravibrio, in den Körper eines Kaninchens, so erhält die Peritonealflüssigkeit dieses Tieres nach einiger Zeit die Fähigkeit, Cholerabakterien aufzulösen, ein Vorgang, den man direkt unter dem Mikroskop verfolgen kann.

Diejenigen Substanzen, welche, in einen fremden Körper eingeführt, zur Bildung anderer mit ihnen reagierender Stoffe Veranlassung geben,

bezeichnet man allgemein als Antigene und die durch die Antigene entstehenden Substanzen als Antikörper oder Immunkörper.

Wird — um in der Reihe der Beispiele fortzufahren — Pferdeserum einem Kaninchen unter die Haut gespritzt, so bewirkt dieses Antigen nach einiger Zeit die Bildung eines Antikörpers, welchen man als Präzipitin bezeichnet. Wird ein Ferment, z. B. Labferment, als Antigen benutzt, so ist der entstehende Antikörper ein Antiferment usw.

Ein besonderes Interesse für unsere Frage hat der Vorgang der Antikörperbildung bei der Benutzung von roten Blutkörperchen eines fremden Tieres als Antigen. Den entstehenden Antikörper nennt man ein Hämolysin. Die Wirkung der Antikörper ergibt sich meist schon aus der Benennung. Das Tetanus-Antitoxin hebt die Wirkung des Tetanusgiftes auf. Das Lab-Antiferment verhindert die Gerinnung der mit Lab versetzten Milch. Das Präzipitin fällt das als Antigen benutzte Serum aus. Das Hämolysin löst die als Antigen benutzten roten Blutkörperchen auf usw.

Die wichtigste Eigenschaft der Antikörper ist ihre Spezifizität. Darauf beruht die bekannte, in der gerichtlichen Medizin angewandte Identifizierung von Blutflecken mit Hilfe der Präzipitation, die Identifizierung von Typhus, Dysenterie mit Hilfe der Agglutination usw.

Aus dem Gesagten geht hervor, daß ein vorhandenes Antigen zur Auffindung seines Antikörpers benutzt werden kann, und umgekehrt. Als ein klassisches Beispiel dafür sei das Verfahren zur Diagnose des Typhus angeführt. Soll entschieden werden, ob ein Mensch eine Infektion mit Typhusbazillen durchgemacht hat, so vermengt man das Blutserum des Betreffenden, d. h. die Flüssigkeit, in welcher man den Typhusantikörper vermutet, mit einer Aufschwemmung von Typhusbazillen. Tritt eine Agglutination ein, so ist mit Hilfe des Antigens (des Typhusbazillus) die Existenz des Antikörpers festgestellt. Liegt die Aufgabe umgekehrt: soll eine Bazillenkultur als Typhus identifiziert werden, so benutzt man das Serum eines Typhuskranken zu derselben Reaktion. Auf diese Weise wird also eventuell das Antigen (der Typhusbazillus) mit Hilfe des Antikörpers gefunden. Die Reaktionen, welche beim Zusammentreffen von Antigen und dem dazugehörigen Antikörper in vitro sich abspielen, haben in der letzten Zeit ein besonderes Interesse erregt, weil sie bei einer Reihe von Stoffen die Bildung von Antikörpern erwiesen, welche auf andere Weise nicht festzustellen sind. Dieser Vorgang, welcher von *Bordet* entdeckt, von *Gengou* und *Moreschi* studiert worden ist, beruht in der Tatsache der sogenannten Komplementbindung oder Fixation. — Zum Verständnis dieses Vorganges müssen wir noch etwas genauer auf die Bildung der Hämolysine eingehen. Ich zeige Ihnen in diesem Glase das durch Defibrinieren und Zentrifugieren gewonnene klare Blutserum eines Kaninchens, welches zweimal in Intervallen von je 8 Tagen mit roten Hammelblutkörperchen intravenös und intraperitoneal behandelt worden

ist. Dieses Blutserum enthält ein äußerst wirksames Hämolysin gegen Hammelblutkörperchen.

Denn schon $^1/_{4000}$ cbcm des das Hämolysin enthaltende Blutserum löst 1 cbcm einer fünfprozentigen Aufschwemmung von Hammelblutkörperchen auf, und zwar in einer halben Stunde im Brutschrank bei einer Temperatur von 37 Grad. Nehmen Sie aber die drei- oder fünffache Dosis, so sehen Sie die Hämolyse augenblicklich eintreten, während gewöhnliches Kaninchenserum die gleiche Menge Blut unbeeinflußt läßt.

Die obengenannten Forscher haben nun die wichtige Entdeckung gemacht bzw. studiert, daß diese, Ihnen eben demonstrierte, äußerst empfindliche Reaktion, nämlich die Auflösung von Blutkörperchen durch spezifisches Hämolysin ausbleibt, wenn zu dieser Mischung ein Antigen und sein zugehöriger Antikörper zugesetzt werden.

Nehmen Sie also an, es hätte sich in dem Gläschen Serum und das dazugehörige präzipitierende Serum befunden, so wäre die Hämolyse ausgeblieben.

Sie erkennen sofort die Wichtigkeit dieser Tatsache, die sich als eine neue Methode darstellt zur Entdeckung von Antigen und Antikörpern, für welche anderweitige Reaktionen nicht bekannt sind. Nehmen Sie z. B. an, Sie wollten Antikörper in dem Blutserum eines an Lungentuberkulose erkrankten Menschen suchen, so würde das Ausbleiben der Hämolyse beim Zusammenbringen von tuberkulösem Material mit dem verdächtigen Blutserum die Existenz eines Antikörpers gegen Tuberkulose in dem verdächtigen Blutserum beweisen. Da diese Reaktion spezifisch ist, so darf man umgekehrt, wenn Hämolyse unter den oben besprochenen Umständen eintritt, schließen, daß sich keine Antikörper in dem Serum befinden.

Indessen darf dieser Versuch nicht ganz in der angegebenen Weise angestellt werden, da er Fehlerquellen enthält, welche mit der komplizierten Natur derjenigen Stoffe zusammenhängen, welche wir Hämolysine nennen.

Die blutlösende Fähigkeit des Serums beruht nämlich auf der Existenz nicht e i n e s Körpers, sondern zweier Körper in demselben. Der eine wird zerstört, wenn man das Serum ½ Stunde lang einer Temperatur von 56° aussetzt. Der andere Körper ist gegenüber dieser Temperatur stabil. Da nun die blutlösende Eigenschaft des Serums auf dem Zusammenwirken dieser beiden Körper beruht, so wird ein Serum, das auf 56° ½ Stunde lang erwärmt worden ist, nicht mehr hämolytisch wirken.

Diesen Ausfall, welcher durch Zerstörung des thermolabilen Körpers entsteht, kann man ersetzen durch irgendein beliebiges Serum. Man nimmt gewöhnlich das Serum von Meerschweinchenblut, weil dasselbe reich an diesem Körper ist. Daraus folgt, daß das auf 56° erwärmte spezifische Serum wieder blutlösend wirkt, wenn man Meerschweinchenserum hinzusetzt. Diesen Zusatz nennt man das K o m p l e m e n t.

Aus dem Gesagten ergibt sich schon, daß die interessante Eigenschaft der spezifischen Blutlösung nicht auf dem thermolabilen Körper in dem Serum beruhen kann, da dieser durch ein beliebiges anderes Serum ersetzt werden darf, sondern auf dem thermostabilen Körper, den man mit dem Namen Ambozeptor bezeichnet.

Die Hämolyse beruht, wie schon gesagt wurde, auf dem Zusammenwirken zweier Körper, die wir jetzt unter dem Namen Ambozeptor und Komplement kennen gelernt haben, und es wird bei einem Versuch, in dem trotz Vorhandenseins von Ambozeptor, Komplement und der betreffenden Blutart die Hämolyse nicht eintritt, sich die Frage aufdrängen, ob dieses negative Ergebnis auf der Unwirksamkeit des Ambozeptors oder des Komplements beruht.

Wie diese Entscheidung herbeigeführt werden kann, wollen wir hier unerörtert lassen und nur die Tatsache feststellen, daß die beim Zusammentreffen von Antigen und Antikörper ausbleibende Hämolyse auf einem durch dieses Zusammentreffen bedingten Unwirksamwerden des Komplements beruht.

Das Komplement wird durch Antigen und Antikörper von seiner Tätigkeit abgelenkt, man bezeichnet daher dieses Phänomen als Komplementablenkung.

Diese seit längerer Zeit bekannte Tatsache, daß beim Vorhandensein von Antigen und Antikörpern die Hämolyse durch Komplementablenkung ausbleibt, versuchte *Wassermann* für das Aufsuchen von Luesantikörpern im Blutserum von Menschen zu verwerten. Er benutzte als Antigen den kochsalzhaltigen wässerigen Auszug von Lebern luischer Föten und fand, daß beim Zusammenbringen dieses Extraktes mit dem Blutserum von Menschen, welche an Lues leiden, die Hämolyse ausbleibt. Somit schien der Nachweis von Lues-Antikörpern im Blutserum und auch in der Lumbalflüssigkeit gelungen, sowohl bei Menschen mit florider Lues, als bei solchen, welche an metaluischen Nervenkrankheiten, der Tabes und der Paralyse, leiden.

Daß sich an diese hochwichtige Entdeckung bedeutsame Ausblicke auf die theoretischen und praktischen Fragen der Luesinfektion und Luestherapie knüpften, ist natürlich.

Da trat etwas gänzlich Unerwartetes ein. *Levaditi*, *Kraus* u. a. wiesen nämlich nach, daß das Blutserum von Lueskranken auch bei Mischung mit Extrakten normaler Lebern in derselben Weise komplementbindend wirkt. Später wurde noch eine ganze Reihe von Organextrakten und chemischen Körpern bekannt, mit denen das Blutserum Luischer in gleicher Weise reagiert. Die Annahme, daß durch diese Methode Antikörper der Luesinfektion entdeckt worden sind, mußte somit fallen gelassen werden, und man muß zugestehen, daß die ganze *Wassermann*sche Reaktion dadurch in hohem Maße verdächtig wurde und zur strengsten Kritik herausforderte. Denn wenn die reagierenden

Körper keine spezifischen Antikörper sind, so war die Annahme durchaus wahrscheinlich, daß sie für Lues nicht charakteristisch sind und auch bei anderen Zuständen aufgefunden werden können. Es hat sich aber diese Annahme bis jetzt nicht bestätigt (abgesehen von Dourine und Scharlach), und augenblicklich scheint es festzustehen, daß die Reaktion nur eintritt, wenn es sich um lueskranke Menschen handelt.

Durch diese Tatsache ist bis auf weiteres die praktische Brauchbarkeit der *Wassermann*schen Reaktion gesichert. Theoretisch aber stehen wir vor einem interessanten und neuen Problem, an dessen Lösung augenblicklich sicherlich an Hunderten von Stellen gearbeitet wird.

Es ist vorauszusehen, daß für die nächste Zeit die sero-diagnostische Untersuchung luesverdächtiger Fälle eine sehr weite Verbreitung finden wird. Es wird dabei die Verantwortlichkeit des Untersuchers eine große werden. Nicht allein wegen der sich daraus ergebenden Diagnose, sondern auch, weil man nicht geneigt sein wird, den vielleicht in keinem Zusammenhang mit der vorliegenden Erkrankung stehenden positiven Befund als einen nebensächlichen anzusehen und sich, unbeeinflußt von demselben, von klinischen Symptomen allein zur Diagnose führen zu lassen. Es muß deswegen besonders nachdrücklich hervorgehoben werden, daß die Technik eine schwierige und reichlich mit Fehlerquellen versehene ist, so daß diese verantwortungsvolle Untersuchung nur auf Grund einer g e n a u e n Kenntnis der in Betracht kommenden Methoden der Immunitätslehre vorgenommen werden darf.

Wenn Sie bedenken, daß in jedem Reagenzglase fünf Körper zu mischen sind, in variierter Quantität, von denen jeder eine irreleitende Fehlerquelle werden kann, so werden Sie das Gesagte einräumen.

Diese fünf Körper sind:

1. das luische Extrakt,
2. das zu untersuchende Serum (bzw. Lumbalflüssigkeit),
3. Komplement,
4. Ambozeptor und
5. rote Blutkörperchen.

Dank der Einrichtung gut ausgestatteter Laboratorien für chemische und serologische (bakteriologische) Untersuchungen in der Nerven- und psychiatrischen Klinik der Königlichen Charité, welche seit Anfang dieses Jahres funktionieren, konnte die Frage der Brauchbarkeit der *Wassermann*schen Reaktion für die Diagnostik der Nerven- und psychiatrischen Erkrankungen an dem Material der Klinik geprüft werden.

Die Zahl der untersuchten Fälle ist bisher keine große, sie beträgt 50. Da es vor allem darauf ankam, die Spezifizität der Reaktion zu erweisen, so wurden auch funktionelle unverdächtige Fälle untersucht.

Unter 14 Fällen von progressiver Paralyse fiel elfmal die Reaktion positiv aus. Von drei Tabesfällen waren zwei negativ, einer positiv. Unter 7 Fällen von Lues cerebri gaben 2 positiven, 5 negativen Ausfall der Reak-

tion. 2 Tumoren des Gehirns, 2 Fälle von multipler Sklerose, ein Fall von Syringomyelie waren negativ.

Von erheblicher Wichtigkeit ist es, daß unter drei Kindern, mit der klinischen Diagnose der hereditären Lues zwei positive Reaktion gaben. 14 Fälle funktioneller Nervenkrankheiten, darunter 4 Fälle von Epilepsie, waren negativ. Bei einem 11 jährigen Kinde mit der Diagnose Hydrokephalus und bei einer Frau mit der Diagnose Hysterie wurde positiver Ausfall der Reaktion gefunden. Ein Verdacht auf Lues bestand in diesen beiden Fällen nicht, was die Existenz derselben natürlich nicht ausschließt.

Der mit dem luischen Extrakt reagierende Körper findet sich auch in der Lumbalflüssigkeit. Wie es scheint, sowohl in der zentrifugierten, als in der nicht zentrifugierten. Doch ist diese Frage noch nicht mit absoluter Sicherheit entschieden.

Von Interesse ist ferner die Frage, ob die Lymphocytose in irgendeiner direkten Beziehung zu der in Frage stehenden Reaktion steht, was weiteren Untersuchungen vorbehalten wird. Erwähnenswert scheinen in dieser Hinsicht 2 Fälle. In dem einen bestand Verdacht auf Paralyse ohne objektive Symptome, das Serum und die Lumbalflüssigkeit gaben positive Reaktion, und es fand sich Lymphocytose in der Lumbalflüssigkeit. In der zweiten wurde Lues cerebri als sicher angenommen, Serum und Zerebrospinalflüssigkeit reagierten negativ. Lymphocytose war nicht vorhanden.

Diskussion. — Herr *Edel*: Wie ich schon gelegentlich der kürzlich stattgehabten Diskussion in der Berliner Medizinischen Gesellschaft bemerkt habe, sind aus unserer Anstalt eine Reihe von Patienten nach dem Komplementbindungsverfahren untersucht worden. Diese Untersuchungen sind von Herrn *Fritz Lesser* im Laboratorium des Herrn *Leonor Michaelis* unter allen Kautelen vorgenommen worden und können Anspruch auf Exaktheit machen. Auch bei uns war das Resultat bei den Paralysen zumeist ein positives. Unter 22 Paralytikern zeigten 21 eine positive Reaktion; nur einer eine negative; es war ein Patient, der sich durch Entlassung der Nachprüfung entzog. Ein weiterer Fall, welcher anfänglich als Paralyse angesehen wurde und negativ reagierte, stellte sich im weiteren Verlauf als arteriosklerotische Demenz heraus. Bemerkenswert erschien ein Fall von Taboparalyse bei einem jungen Mädchen, welches ebenso wie die tabische Mutter positiv reagierte, während die gesunde jüngere Tochter negativ reagierte. Wir haben im ganzen die Resultate der Blutuntersuchung von 38 Fällen. Abgesehen von den erwähnten Fällen haben alle Kranken, welche manifeste Zeichen von Syphilis darboten oder eine Syphilisanamnese aufwiesen, positiv reagiert, nur ein Paranoiker mit tertiärer Lues reagierte negativ. Die übrigen Fälle mit funktionellen Psychosen hatten ein negatives Resultat. Mit Bezug auf die von Herrn *Frenkel* angeführten Fälle von Hysterie und Hydrokephalos, welche positiv reagierten, obwohl keine Erscheinungen auf Syphilis hinwiesen, erwähne ich noch einen Alkoholdeliranten, dessen Serum

positiv reagierte, während Anamnese nnd Befund nichts von Syphilis ergaben.

Herr *Bischoff* fragt nach der Aussicht auf Ersatz des Extrakts.

Herr *Schuster*: Ich bitte den Herrn Vortr., sich noch darüber äußern zu wollen, ob er bei seinen Untersuchungen einen Unterschied in dem Verhalten derjenigen serologisch untersuchten Patienten gefunden hat, deren Syphilis gar nicht oder gering behandelt worden war, gegenüber dem Verhalten derjenigen Kranken, deren Lues sehr intensiv behandelt worden war. Gelegentlich der Vorbereitung für einen in Dresden auf der Versammlung deutscher Nervenärzte im vorigen Jahr von mir gehaltenen Vortrag über den Einfluß der Hg-Behandlung der Lues auf das Zustandekommen späterer nervöser Nachkrankheiten war ich der Erörterung der oben angeregten Frage schon näher getreten. Die Herren Dr. *Citron* und Dr. *Mühsam* hatten damals die Freundlichkeit, eine kleine Anzahl (15)[1]) Tabiker, Paralytiker und Zerebrospinalluiker serologisch zu untersuchen. Wenn ich die genannten Fälle hinsichtlich der Behandlung ihrer früheren Lues ordne, so finde ich, daß auf der einen Seite gut mit Hg vorbehandelte Fälle noch einen deutlich positiven Ausfall der Reaktion gaben, und umgekehrt ganz unbehandelt gebliebene Fälle einen negativen Ausfall der Reaktion zeigten. Ich konnte mithin, übrigens im Gegensatz zu der Auffassung des Herrn Dr. *Citron*, leider nicht zu der Überzeugung kommen, daß eine frühere intensive Behandlung der Lues einen negativen Ausfall der Reaktion bei den Tabikern usw. erzeugt. Ich darf wohl an dieser Stelle nochmals hinzufügen, daß das Resultat meiner wenigen serologischen Untersuchungen mich nicht zu dem von mir in dem eben genannten Vortrag ausgesprochenen Schlusse geführt hat, daß die Hg-Behandlung der Lues nicht vor Tabes und Paralyse schütze. Zu diesem Schluß war ich auf Grund anderer Betrachtungen gekommen, und ich hatte die Resultate meiner serologischen Untersuchungen nur zur Beleuchtung der Theorien über die Pathogenese der metasyphilitischen Leiden mitgeteilt.

Herr *Frenkel*-Heiden (Schlußwort): Auf die Frage des Herrn *Schuster*, ob diejenigen Patienten, welche gar nicht oder in unzureichendem Maße antiluisch behandelt worden sind, serologisch anders reagieren, als solche mit ausgiebiger Behandlung, möchte ich erwidern, daß ich einen solchen Unterschied nicht gefunden habe. Eine Entscheidung dieser Frage ist noch eher aus der Privatpraxis zu erwarten, da heutzutage die meisten Tabeskranken intensiv antiluisch behandelt werden. Darin, daß die intensivste Hg-Behandlung vor dem Ausbruch der Tabes nicht schützt, bin ich mit Herrn *S.* einer Meinung. Ich kenne eine ganze Reihe von Fällen, welche seit der Infektion ununterbrochen unter *Fourniers* Be-

[1]) Einer der in meinem Dresdener Vortrag angegebenen 16 Fälle hat sich nachträglich als nicht-tabisch erwiesen.

handlung gestanden haben und doch dem Ausbruch der Tabes — in zwei Fällen der schwersten Form der Tabes — nicht entgangen sind.

Was die Frage des Herrn *Bischoff* nach der Aussicht auf Ersatz des luischen Extrakts betrifft, so ist das allerdings eine sehr wichtige Frage, angesichts der großen Schwierigkeit, mit der man jetzt schon mit der Beschaffung des nötigen Materials zu kämpfen hat. Ich bin mit *Wassermann* der Meinung, daß vorläufig luisches Extrakt allein sichere Resultate gibt. Die nächste Zeit wird sicherlich auch in der Ersatzfrage des Extraktes Aufklärung bringen. Ich erinnere daran, daß in der letzten Sitzung der Medizinischen Gesellschaft eine Mitteilung aus dem *Ehrlich*schen Institut verlesen wurde, wonach ein Ersatz in einer Seife, dem oleinsauren Natron, gefunden worden ist.

Herr *Forster*: Krankendemonstration. Vortr. stellt eine Patientin vor, die an einer fast isolierten Schreibstörung leidet. Es handelt sich um einen Fall von Tumor cerebri. Die ersten Erscheinungen traten ungefähr vor einem Jahre auf. Patientin klagte über Ohrenschmerzen, die jedoch vom Arzt auf verdicktes Ohrenschmalz zurückgeführt wurden; etwas später traten Kopfschmerzen auf. Etwa vor 2 Monaten klagte Patientin darüber, daß der rechte Arm und das rechte Bein schwerer wurden, auch litt sie an Stechen unter den Fußsohlen beim Gehen; zu gleicher Zeit nahm die Sehschärfe ab. Am meisten behinderte Patientin jedoch folgende Erscheinung: Während sie früher sehr gut hatte rechnen und schreiben können, gelang ihr dies nun nicht mehr. Patientin hatte eine Posthalterei geführt und dabei sehr viele Schriftsachen zu erledigen gehabt; dies ging immer schlechter, so daß sie ihren Beruf ganz aufgeben mußte. Bei der Aufnahme in die Klinik fand sich beiderseitige Stauungspapille, die links schon in Atrophie übergegangen war; daneben bestand leichte rechtsseitige Fazialisparese, ganz leichte Lähmung vom rechten Arm und rechten Bein mit etwas Steigerung der Sehnenreflexe an der befallenen Seite, aber ohne Babinski. Sonstige körperliche Störungen waren nicht nachweisbar. Die genaue Gehörprüfung (*Galton*-Stimmgabel) ergab keinerlei Defekt. Der aphasische Status ergab folgendes: Nachsprechen intakt, Sprachverständnis intakt, Lesen intakt, nur bei längeren Sätzen geringe Störung. Beim spontanen Sprechen hier und da Stocken und Zögern, Zeichnen intakt, Wortfindung bei gezeigten und getasteten Gegenständen intakt. Beim Schreiben malte Patientin ganz langsam die einzelnen Buchstaben, die meistens ganz unleserlich waren; Worte kann sie nach Diktat oder spontan überhaupt nicht leserlich zusammenkriegen, höchstens erkennt man einmal den ersten oder zweiten Buchstaben; dabei vermag sie einfache Wörter richtig zu buchstabieren und die Silbenzahl der Worte richtig anzugeben. Auch das Zusammenstellen von Worten und Buchstaben gelingt gelegentlich, jedoch werden hier auch Fehler gemacht. Bei der Apraxieprüfung ergibt sich eine mäßige Störung, so dreht Patientin die Kaffeemühle links statt rechts herum und macht beim

militärischen Gruß eine leichte Verbeugung, indem sie den Zeigefinger an die Stirn legt. Die Deutung des Falles eignet sich nicht zu einer Wiedergabe im Referat. *Gock.*

## 43. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens am 2. Mai 1908 in Hannover.

Anwesend waren: *Alber*-Woltorf, *Bartsch*-Lüneburg, *Behr*-Langenhagen, *Bockhorn*-Uchtspringe, *Borchers*-Hildesheim, *Bornstein*-Göttingen, *Bräuner*-Göttingen, *Bruns*-Hannover, *Bunnemann*-Ballenstedt, *Cramer*-Göttingen, *Deetjen*-Wilhelmshöhe, *Dieckmann*-Vollmerdingsen, *Dierksen*-Münster, *Facklam*-Suderode, *Gellhorn*-Goslar, *Gerlach*-Hildesheim, *Gerstenberg*-Hildesheim, *Gerstenberg*-Lüneburg, *Grahl*-Hedemünden, *Heine*-Hannover, *Hesse*-Ilten, *Hirsch*-Göttingen, *Jach*-Uchtspringe, *Klaus*-Schierke, *Koch*-Rinteln, *Lütgerath*-Ilten, *Matthes*-Blankenburg, *Möncke-möller*-Hildesheim, *Reckmann*-Oeynhausen, *Reinelt*-Göttingen, *Reinhold* Hannover, *Rinne*-Langenhagen, *Scheerenberg*-Warstein, *Schmidt*-Marsberg, *Schmidt*-Wunstorf, *Schneider*-Osnabrück, *Schwienhorst*-Warstein, *Stüber*-Hildesheim, *Vix*-Göttingen, *Völker*-Langenhagen, *Vorberg*-Hannover, *Wendenburg*-Lüneburg, *Westphal*-Hannover, *Winter*-Aplerbeck, *Zimmermann*-Hannover.

Zum Vorsitzenden wird gewählt: *Gerstenberg*-Hildesheim, zum Schriftführer *Gerlach*-Hildesheim. Beginn 2 Uhr.

Vor Eintritt in die Tagesordnung widmet der Vorsitzende dem verstorbenen Mitgliede *Tanzen*-Langenhagen einen Nachruf. Die Anwesenden ehren das Andenken durch Erheben von den Plätzen.

Ferner erinnert *Bruns*-Hannover daran, daß den Vortragenden bei vorheriger Anmeldung der Projektionsapparat für Epidiaskopie, mikroskopische Präparate usw. zur Verfügung steht.

*Bruns*-Hannover: Neuropathologische Demonstrationen.

Vortr. stellt zuerst einen 16jährigen Knaben vor, bei dem er die Diagnose eines rechtsseitigen Kleinhirntumors gestellt hat. Es besteht seit Monaten cerebellar-ataktischer Gang; Nystagmus in starker Weise beim Blicke nach rechts, aber sehr deutlich auch nach links; starkes Ohrensausen rechts ohne irgendwie deutliche Herabsetzung des Gehörs; keine Areflexie der Cornea; wechselnde leichte Ataxie im rechten Arme und Beine — manchmal Andeutungen von Adiadokokinesis; in der letzten Zeit Neigung zu Achillesklonus rechts, Kopfscheppern vor der Coronarnaht rechts und links; Stauungspapille im Rückgange mit Atrophie, aber nur sehr geringe Herabsetzung der Sehschärfe; ab und zu in den Morgenstunden Kopfschmerzen und Erbrechen.

Die Allgemeinerscheinungen sind in den letzten Wochen bei energischer Jodkalibehandlung — für Lues ist übrigens kein Anhaltspunkt — gering geworden. Kopfschmerzen und Erbrechen haben wochenlang ganz gefehlt, auch die Sehschärfe nimmt nicht weiter ab. Vielleicht Hydrocephalus oder Pseudotumor mit cerebellarem Typus.

Vortr. demonstriert an dem Knaben das Verhalten des Nystagmus bei Drehungen um die Längsachse, wie es *Cassirer* und *Loeser* im Neurolog. Zentralbl. 1908, S. 252, vor kurzem beschrieben haben — der Nystagmus nach rechts, der in der Ruhe der stärkere ist, hört eine Zeitlang auf nach Drehungen des Korpus nach rechts (in der Richtung eines in den Kopf hineingedrehten Korkziehers), während der nach links sehr stark wird; das umgekehrte findet sich bei Drehungen nach links (in der Richtung eines aus dem Kopfe herausgedrehten Korkziehers) — und erwähnt die Erklärungen der obengenannten Autoren für dieses Verhalten.

Dann demonstriert Vortr. die Präparate eines Falles, bei dem er die Diagnose eines rechtsseitigen (?) Kleinhirntuberkels gestellt hatte. Es handelte sich um einen 11jährigen Knaben, der vollkommen blind infolge postneuritischer Sehnervenatrophie Aufnahme fand. Es bestand ferner cerebellare Ataxie, erhebliches Kopfscheppern in der Gegend vor der Coronarnaht; doppelseitiger Fußklonus und Babinski; doppelseitiger Patellarklonus; aber beim Gehen Nachziehen nur des linken Beines; Zittern beider Hände, besonders deutlich aber der rechten. Leichte Sprachstörung. Die Seitendiagnose, die nur mit Vorbehalt gestellt war, gründete sich auf das rechtsseitige stärkere Zittern des Armes und das damit gekreuzte stärkere Hervortreten spastischer Symptome im linken Beine. Die Artdiagnose gründete sich auf das Vorhandensein von Hauttuberkulose und den Tod beider Eltern an Tuberkulose; auch war die rechte Lungenspitze verdächtig. Von einer Operation, auch einer palliativen Trepanation ward abgesehen, da der Knabe blind war und die Allgemeinsymptome sehr gering waren, wohl deshalb, weil der Kopf durch Sprengung der Nähte sich ausdehnte (innerhalb 3 Wochen um 1½ cm nach Messung). Tod an Meningitis.

Es fand sich in der rechten Kleinhirnhemisphäre ein dieselbe fast ganz einnehmendes Konglomerattuberkel; daneben aber auch eine große Anzahl bis kleinapfelgroße in beiden Hemisphären, z. B. in beiden Hinterhauptlappen. Das Kleinhirntuberkel saß ziemlich fest im Hirngewebe, das aber fast nur noch aus der Rinde bestand, und hatte an einer Stelle das Tentorium cerebelli erreicht; die Großhirntuberkel lagen frei in größeren Höhlen darin, die teilweise auch von zur Flüssigkeit erweichtem, eiterähnlichem Gewebe erfüllt waren.

Vortr. demonstriert auch noch das Schädeldach dieses Falles. Die Coronarnähte klaffen fast 1 cm weit, die Sagittalnaht zwischen beiden Scheitelbeinen einige Millimeter.

Drittens demonstriert Vortr. das Präparat eines Falles von Rückenmarkstumor. Es handelt sich um einen Fall sogenannter Sanduhrgeschwulst, d. h. um einen teilweise extra-, teilweise intravertebral sitzenden Tumor; die beiden Hälften hängen nur durch ein schmales Verbindungsstück, das wahrscheinlich in einem Zwischenwirbelloche liegt, zusammen. Der größere Teil des intravertebralen Teiles sitzt in diesem Falle intradural, ein kleinerer extradural; Verbindung beider Teile wahrscheinlich wieder durch ein Nervenloch der Dura. Der intradurale Teil des Tumors sitzt links seitlich und vorn vor dem Marke in der Höhe der oberen Wurzeln des Plexus brachialis; er hat das Mark nach hinten und rechts gedrängt, komprimiert und abgeknickt. Die Wurzeln gehen stark gespannt über seine hintere Fläche.

Es handelte sich um ein $^3/_4$ Jahr altes Kind, das nur 8 Tage in der Anstalt war. Es bestand zuerst eine schlaffe Lähmung des ganzen linken Armes. Dabei zeigte sich aber, daß, während im Gebiete des Musculocutaneus, des Radialis und Ulnaris die faradische Reaktion fehlte, dieselbe im Gebiete des Axillaris und Radialis vorhanden war. Vortr. meinte deshalb, daß es sich um eine Plexuslähmung handeln müsse, fand aber zunächst keine Ursache für eine solche, wohl aber etwa am dritten Tage eine Geschwulst unterhalb der linken Clavicula. Einige Tage darauf war dieselbe auch oberhalb der Clavicula zu fühlen, so daß jetzt eine Plexuslähmung erklärlich war. Wieder einen Tag darauf konnte Vortr. spastische Symptome im linken Beine, dann auch im rechten konstatieren, nun wurde die Diagnose eines teils außerhalb, teils innerhalb (in der Gegend des mittleren Halsmarkes) der Wirbelsäule sitzenden Tumors gestellt. Tod plötzlich asphyktisch. Es fand sich ein gut apfelgroßer weicher Tumor, der teils unter, teils über der linken Clavicula saß und nach oben bis an den dritten Halswirbel, nach unten an die Pleura reichte. In demselben muß der Plexus brachialis liegen. Die Verhältnisse des Tumoranteils innerhalb der Wirbelsäule sind oben schon beschrieben. Der Tumor war ein kleinzelliges Lymphosarkom. Besonders auffällig ist das rapide Wachstum des Tumors im Verlaufe weniger Tage. Das Präparat wird noch eingehend untersucht werden.

*Wendenburg*-Lüneburg: Seltenere Zustandsbilder bei multipler Sklerose.

Vortr. berichtet über einige Fälle von multipler Sklerose, in denen die Kombination verschiedener Lokal- mit Allgemeinsymptomen die Diagnose auf ein anderes Leiden stellen ließ. Es traten, meist im ersten Beginn, akut einsetzende, bald vorübergehende Zustandsbilder hervor, deren Entstehung auf dem Boden der multiplen Sklerose aber durch jahrelange Beobachtung oder die Sektion erwiesen wurde. In drei Fällen bestanden die ersten Erscheinungen in Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen. Daneben bestanden Veränderungen an der Papilla nervi opt.

(Neuritis) und eine cerebellare Gangstörung ohne dynamische Ataxie. Außer diesen Erscheinungen wurde noch Intentionswackeln eines Armes und das *Bruns*sche Symptom (Schwindel bei passiver Bewegung des Kopfes) beobachtet. Alle Symptome deuteten auf raumbeschränkende Erkrankung in der hinteren Schädelgrube hin. Ein anderer, gleichfalls durch die Autopsie sicher gestellter Fall begann nach einem Gelenkrheumatismus mit den Erscheinungen der akuten spinalen Ataxie (ataktische Paraparese der Beine).

Außer diesen akut verlaufenden Zustandsbildern schildert der Vortr. noch den Verlauf der multiplen Sklerose bei einem Kranken, der an spinaler Hemiplegie und dissoziierter Empfindungslähmung (*Brown-Séquard*) litt, und einen anderen Fall, der nacheinander die Zustandsbilder des Cerebellartumors, der cerebralen Hemiplegie und der amyotrophischen Lateralsklerose bot. Eine andere Kranke zeigte eine Hemiplegie, Ophthalmoplegie und Bulbärerscheinungen. Die Sektion bestätigte die Diagnose: multiple Sklerose; die Bulbärerscheinungen beruhten aber auf Arteriosklerose der Basilaris und ihrer Äste, die zahlreiche Erweichungsherde in der Brücke und im verlängerten Marke hervorgerufen hatte. —

In der Diskussion weist *Bruns*-Hannover zunächst darauf hin, daß die multiple Sklerose die interessanteste organische Nervenerkrankung sei, weil sie am häufigsten vorkomme, häufiger als die Tabes dorsalis, wenigstens bei der ländlichen Bevölkerung. Daß die multiple Sklerose Erscheinungen des Hirntumors mache, sei allgemein anerkannt. Neben Entzündungen an der Papille käme auch wirkliche Stauungspapille vor, da bisweilen ein starker Hydrocephalus internus bestände. Aus diesem Befund sei auch das *Bruns*sche Symptom zu erklären. Was die Hirnsymptome anbetrifft, so hat *Bruns* alternierende Hemiplegie bei multipler Sklerose nicht beobachtet, überhaupt seien die bulbären Symptome hier weniger deutlich ausgeprägt. Hinweis auf die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Tumor der Rückenmarkshäute und multipler Sklerose. Wichtig für die Diagnose der multiplen Sklerose seien plötzlich auftretende und in einigen (8—14) Tagen vorübergehende Paresen und Paraesthesien an den Extremitätenenden. Was die Sehnervenerkrankung anlangt, so ist typisch das Bild der retrobulbären Neuritis, wechselnd auf beiden Augen, Amblyopie bis fast Amaurose, auch in Fällen, wo die übrigen Symptome auf sich warten lassen. Es ist dies ein Beweis dafür, daß wir über die Prognose der vorliegenden Erkrankung wenig orientiert sind, daß es Fälle gibt, wo Stillstand und Heilung eintreten kann.

*Cramer*-Göttingen hebt hervor, daß das Fehlen der Bauchdeckenreflexe besonders wichtig sei für die Diagnose der multiplen Sklerose, und verlangt häufige Untersuchung, ehe man sicher ist, daß sie nicht da sind. Dadurch würde man sie bei Nervösen, bei denen man sie wiederholt vermißte, doch gelegentlich mal finden. Im Anschluß daran erwähnt *Cramer* einen beobachteten Fall mit langdauernden Remissionen, in dem alle schweren Symptome

zurückgegangen waren bis auf den fehlenden Bauchdeckenreflex rechts oben. Hinzugekommen war bei der Nachuntersuchung links Babinski. Nach 4 Wochen bestand spastische Parese links und Fehlen aller Bauchdeckenreflexe. Es habe den Anschein, als ob das verstärkte Auftreten des Fehlens der Bauchdeckenreflexe in Verbindung steht mit einer neuen Attacke.

*Pförtner*-Göttingen: Spastische Symptomenkomplexe bei Rückenmarkserkrankungen.

Vortr. teilt zunächst an der Hand des Materials der Göttinger Klinik für psychische und Nervenkrankheiten einige Beobachtungen bei spinalen Erkrankungen mit spastischem Symptomenkomplex mit.

Von den Fällen waren besonders erwähnenswert zunächst zwei Kranke, die während der bisherigen und zwar mehrjährigen Beobachtungszeit nur das Bild einer reinen spastischen Spinalparalyse boten. Ferner ein Fall von kombinierter Systemerkrankung, kompliziert mit Bulbärparalyse und spinaler Muskelatrophie. Ein Patient mit Syringomyelie zeigte längere Zeit außer Gefühlsstörungen der rechten Hand nichts weiter als spastische Erscheinungen an beiden unteren Extremitäten. Diese spastischen Erscheinungen blieben dann auch mehrere Jahre im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehen. Unmittelbar nach einem Trauma entwickelte sich bei einem jungen Menschen der *Erb*sche Typus der Spinalparalyse. Die spätere Operation ergab im Gegensatz zu dem ganzen Verlauf der Krankheit und auch entgegen den Schlüssen, die aus dem lokalen Befunde und dem Röntgenbilde gezogen wurden, einen Tumor in der Gegend der vom Trauma getroffenen Stelle.

In der Diskussion hebt *Bruns* hervor, daß man in manchen Fällen, besonders cerebralen, wo man Babinski erwarte, das Symptom nicht fände. Wenn typischer Babinski da sei, so handle es sich um ein organisches Leiden mit Erkrankung der Pyramidenbahn.

*Cramer* weist darauf hin, daß man den Babinski simulieren kann; er hat ihn psychogen bei Großmutter, Mutter und Tochter beobachtet. So stehe man häufig vor Fällen, wo man sich fragen müsse, ob es sich um Babinski handle oder nicht. Das Symptom fehle häufiger bei organischen Hirnerkrankungen als bei Spinalerkrankungen.

*Reinhold*-Hannover hat auch nach epileptiformen Konvulsionen, die auf der Basis einer Urämie entstanden waren, Babinski gefunden.

*Cramer*-Göttingen: Über Zeugnisfähigkeit.

Nach der heutigen Strafprozeßordnung gilt niemand für unfähig, vor Gericht als Zeuge aufzutreten; so können auch Geisteskranke vernommen, ja vereidigt werden. Die Beantwortung der Frage, ob der Zeuge befähigt ist, Wahrnehmungen zu machen, zu behalten und wiederzugeben, steht allein im Ermessen des Richters. Bei jeder Zeugenaussage spielt

eine individuelle Komponente mit. Die Fähigkeit Zeugnis abzulegen, ist eine Gedächtnisleistung und besteht im wesentlichen aus drei Komponenten:

1. einen Vorgang aufzufassen,
2. ihn zu behalten,
3. ihn zu reproduzieren.

Es ist dies eine willkürliche Einteilung. Das Auffassungsvermögen, die Merkfähigkeit und das Reproduktionsvermögen sind bei dem einzelnen Individuum an sich schon sehr verschieden. Es kann aber noch jede einzelne Komponente durch äußere und individuelle Momente beeinflußt werden. So ist das Auffassungsvermögen stark herabgesetzt, wenn wir uns im Zustand geistiger Ermüdung befinden oder von einem Affekt beherrscht sind. Die intensive Beschäftigung mit irgendwelchen Gedankenkreisen oder die Unterhaltung in größerer Gesellschaft pflegt unser Auffassungsvermögen für Vorgänge in der Umgebung stark zu vermindern. Eine wie wichtige Rolle die augenblickliche Aufmerksamkeit spielt, ist vielfach experimentell durch *William Stern*, *v. Liszt* und andere, auch vom Referenten in der Göttinger forensisch-psychologischen Vereinigung nachgewiesen worden. Hat sich ein Zeuge im Moment des Vorfalls in einem mehr oder weniger trunkenen Zustande befunden, so können die entgegengesetztesten Wahrnehmungen und Aussagen zustandekommen. Die zweite Komponente, die Merkfähigkeit für einen Vorgang, hängt sehr von dem Eindruck ab, den derselbe auf den Beobachter gemacht hat. Der Provinziale z. B. wird in der Großstadt von dem Sturze eines Droschkenpferdes eingehend Notiz nehmen und sich noch lange an diese Begebenheit mit allen Einzelheiten erinnern, während der Großstädter achtlos daran vorüber eilt und den Vorfall in kurzer Zeit vergißt.

Die Aussagen vor Gericht sollen oft erst nach Jahren gemacht werden. Je länger der Zwischenraum, um so unsicherer die Angabe. Je mehr manche Individuen über den betreffenden Vorfall nachdenken, an desto mehr Details erinnern sie sich (Legendenbildung), ohne daß sie psychopathisch oder den Grenzzuständen zuzurechnen sind. Hinzu kommt die Faszination durch die Zeitung. Die wiederholten Revisionen, bei denen und nach denen die Zeugen miteinander sprechen, bewirken, daß sie immer bestimmter werden in ihren Aussagen. Auch der körperliche Zustand, in dem sich der Zeuge befindet (lange Reise vorher, Potus usw.), können schädigend auf die Reproduktion einwirken. Die Art der Fragestellung von seiten des Richters beeinflußt die Antwort ebenfalls, oder der Zeuge gibt in dem Bewußtsein der Wichtigkeit seiner Persönlichkeit als Mittelpunkt der Gerichtssitzung mehr an, als er verantworten kann. Die Zeugen werden in ihren Aussagen um so unsicherer, je häufiger sie vernommen werden.

Besonders treten alle diese Faktoren bei der Zeugenvernehmung von Kindern hervor. Ihre Aussagen — meist handelt es sich um sexuelle Dinge — sind charakterisiert durch lebhafte Phantasie, große Suggestibilität

und kurzes Gedächtnis für Vorgänge, die sich in ihrer Umgebung abgespielt haben.

Am wichtigsten, weil auch natürlichsten, sind stets die ersten Aussagen vor dem Untersuchungsrichter, da erfahrungsgemäß in den späteren Verhandlungen die Aussagen immer bestimmter gemacht werden und bei Kindern wie auch oft bei Erwachsenen gleich einem auswendig gelernten Bibelspruch hergesagt werden, woraus der Einfluß der Eltern und Bekannten deutlich zutage tritt. Es ist zu wünschen, daß Kinder nur einmal vernommen werden und bei der Hauptverhandlung das stenographische Protokoll dieser Vernehmung zur Verlesung kommt.

Eine besondere Komplikation besteht da, wo die Zeugnisfähigkeit der Geisteskranken und der Grenzzustände beurteilt werden soll. Bei den Grenzzuständen handelt es sich häufig um

1. Hysterische mit mangelnder Reproduktionstreue,
2. Degenerierte mit ethischen Defekten,
3. Schwachsinnige mit ethischen Defekten und erhöhter Suggestibilität.

Das Resultat ist dann die falsche Anschuldigung. Bei den Grenzzuständen ist auch Neigung zu Bewußtseinsschwankungen besonders zu berücksichtigen, aus denen oft etwas als tatsächlich Erlebtes ins Bewußtsein mit hinübergenommen wird.

Es ist anzustreben, daß der Richter besonders mit den Eigentümlichkeiten der Aussage solcher Zeugen vertraut werde, um ihr Zeugnis richtig würdigen zu können.

Spielt beim Normalen schon Vieles in die Zeugenaussagen hinein, so ist dies in erhöhtem Maße bei den Grenzzuständen der Fall. Besonders anzustreben ist es daher für die lex ferenda, daß Zeugen, sofern ihr Geisteszustand irgendwie in Zweifel gezogen wird, der Begutachtung eines psychiatrischen Sachverständigen auf ihren Geisteszustand unterworfen werden können, zumal in komplizierten und schwierigen Fällen, wo es sich nur um einen einzigen Belastungszeugen handelt.

In der Diskussion bestätigt *Bruns* die Eindrücke des Vortragenden und betont nochmals, daß, wenn auch in jüngster Zeit in dieser Hinsicht eine Wendung zum Bessern zu verzeichnen sei, doch den Kinderaussagen vom Gerichtshof oft noch zu viel Gewicht beigelegt würde.

*Zimmermann*-Hannover führt einen Fall an, aus dem die Wichtigkeit des Affekts bei der Zeugenaussage hervorgeht.

*Jach*-Uchtspringe: Über Technik und Ergebnisse der Lumbalpunktion.

Vortr. gibt eine kurze Übersicht über die Resultate, welche die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit bei Geisteskrankheiten bisher gezeitigt hat, und teilt dann seine eigenen Untersuchungen an 164 Geisteskranken und Epileptikern mit.

Es wurde der Druck bestimmt, der Eiweißgehalt nach *Nissl* und die Zellzahl mit der Zählkammer nach *Fuchs-Rosenthal*.

Die Druckbestimmungen ergaben keine konstanten Verhältnisse.

Der Eiweißgehalt war erhöht bei:

82,5 % der Paralytiker,
37,5 % der Kranken mit Cerebrospinallues,
8,51 % der Epileptiker,
9,68 % der Idioten,
13,64 % der einfachen Psychosen,
28,57 % der chron. Alkoholisten.

Die Bestimmung der Zellzahl ergab:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| bei Paralyse ..... | Werte | von | 15 | —161,3 | in 1 | mm³ |
| „ Lues cerebrospin. ..... | „ | „ | 17,4— | 62,6 | „ 1 | „ |
| „ traum. Demenz ..... | „ | „ | 2,5— | 3,6 | „ 1 | „ |
| „ Epilepsie mit Lähmungen ... | „ | „ | 2,3— | 7,2 | „ 1 | „ |
| „ genuiner Epilepsie ..... | „ | „ | 1,3— | 3,1 | „ 1 | „ |
| „ Idiotie ..... | „ | „ | 2,4— | 3,8 | „ 1 | „ |
| „ Idiotie m. cong. Lues ..... | „ | „ | 11,6— | 14,4 | „ 1 | „ |
| „ Idiotie m. mongoloid. Typus | „ | „ | 0,8— | 2,9 | „ 1 | „ |
| „ cong. Hydrocephalus ..... | „ | „ | 1,7— | 4,2 | „ 1 | „ |
| „ einfachen Psychosen ..... | „ | „ | 0,2— | 3,5 | „ 1 | „ |
| „ chron. Alkoholismus ..... | „ | „ | 2,8— | 4,8 | „ 1 | „ |

Bei einem Paralytiker fanden sich bei der ersten Punktion unter 15 Zellen, nämlich 11,7; aber 3 Wochen später über 20 Zellen. Ein Kranker mit degen. Irresein ergab 34,6 und ein chron. Alkoholist 41,4 Zellen. Ersterer hatte sich vor $2^3/_4$ Jahren, letzterer sich vor etwa 6—7 Jahren luisch infiziert. Ein Katatoniker zeigte eine Vermehrung von 29,2 Zellen, ohne daß frühere luische Infektion nachzuweisen war.

*Bornstein*-Göttingen: Die Zusammensetzung des Blutes der Paralytiker.

Bei progressiver Paralyse fand sich in den anfallsfreien Zeiten eine mäßige Herabsetzung der Alkaleszenz des Blutes (von 370—450 mgr Na OH auf 270—330 mgr Na OH, die Bestimmungen geschahen nach der *Löwy*schen Methode, deren Genauigkeit nach einer besonderen Kontrolle bestimmt wurde). So bedeutend erniedrigte Werte, wie sie *Kaufmann* angibt, konnten nie beobachtet werden. Die Ursache ist nicht in der Bildung organischer Säuren zu suchen, auch nicht im Eiweißgehalt und in dem Verhältnis der verschiedenen Eiweißkörper; sie steht wahrscheinlich im Zusammenhange mit der *Wassermann*schen Sero-Reaktion auf Syphilis.

Der Lezithingehalt des Serums ist höher als normal; auch diese Tatsache könnte mit der Syphilis-Reaktion im Zusammenhange stehen.

*Gerlach.*

## Bericht über die 91. Sitzung des Vereins Ostdeutscher Irrenärzte im Hörsaale der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik zu Breslau am 14. Dezember 1907.

Anwesend die Herren *Bonhoeffer*-Breslau, *Boege*-Owinsk, *Buttenberg*-Freiburg, *Chotzen*-Breslau, *Dresen*-Lüben, *Eicke*-Pöpelwitz, *Elias*-Rybnik, *O. Foerster*-Breslau, *Freund*-Breslau, *de Grain*-Brieg, *Grau*-Lüben, *Hahn*-Breslau, *Hayn*-Beuthen, *Heilemann*-Bunzlau, *Jirzik*-Ziegenhals a. G., *Kahlbaum*-Görlitz, *Klieneberger*-Breslau, *Klinke*-Lublinitz, *Koebisch*-Breslau, *Koniezny*-Rybnik, *Kramer*-Breslau, *Kunze*-Rybnik, *Kutner*-Breslau, *Loewenstein*-Obernigk, *Mann*-Breslau, *Muller*-Amsterdam a. G., *Neisser*-Bunzlau, *Noethe*-Breslau a. G., *Przewodnik*-Leubus, *v. Rottkar*-Rybnik, *H. Sachs*-, *Schröder*-Breslau, *Schubert*-Kreuzburg, *v. Schuckmann*-Lüben, *Steinberg*-Breslau a. G., *Stertz*-, *Vix*-Breslau, *Walter*-Lissa, *Weichert*, Med. Pr. a. G., *Wicht*-Plagwitz, *Widmann*-Breslau a. G., *Ziertmann*-Bunzlau, *Zuber*-Freiburg.

Der Vorsitzende Professor *Bonhoeffer* widmet den jüngst verstorbenen Vereinsmitgliedern Geh. Medizinalrat Prof. Dr. *Jakobi* aus Breslau und Geh. Sanitätsrat Dr. *Brückner*, Direktor der Provinzial-Heil-und Pflegeanstalt zu Kreuzburg, Worte ehrenden Gedenkens; die Versammlung erhebt sich von den Plätzen.

Auf Anregung des Vorsitzenden wird beschlossen, daß die Sitzungstage vom Vorstande frei gewählt werden können, und daß nicht durchaus an einem Sonnabend festgehalten zu werden braucht.

Hierauf wird der bisherige Vorstand, bestehend aus Professor *Bonhoeffer* als Vorsitzendem und Direktor *Neisser* als Sekretär, durch Akklamation wieder gewählt.

Herr *Otfrid Förster*-Breslau demonstriert einen Kranken, welchem ein Cysticercus der Hirnrinde operativ entfernt worden ist.

Herr *Stertz*-Breslau: Serodiagnostik bei progressiver Paralyse.

Vortr. berichtet über die an der kgl. psychiatrischen Klinik in Breslau bisher gemachten Erfahrungen mit der von *Wassermann* und *Neisser* ausgearbeiteten Methode. Es gelangten bisher 27 Fälle von klinisch sicherer progressiver Paralyse (einschließlich von 8 in Gemeinschaft mit Professor *Morgenroth* publizierten) zur Untersuchung. Von diesen war die Reaktion auf Antikörper 22 mal positiv, 3 mal fraglich. Bei den letzteren 3, deren Spinalflüssigkeit übrigens bei der Erhöhung der üblichen Dosis auf das Doppelte auch einen positiven Ausschlag gab, reagierte das Blutserum auch in der Dosis von 0,2 schon stark positiv. Dies mahnt dazu, nach dem Vorgange *Plauts* in keinem negativen oder

fraglichen Falle die Untersuchung des Serums zu unterlassen. Es bestand also positive Reaktion im Sinne *Wassermanns* in 100% der Fälle von Paralyse. Über Tabes sind die bisherigen Erfahrungen noch vereinzelt. Demgegenüber steht das Verhalten der Spinalflüssigkeiten bei allen anderen Erkrankungen des Zentralnervensystems, die sämtlich negativ reagierten, merkwürdigerweise einschließlich von 5 Fällen von Lues cerebrospinalis; 3 Fälle von spätlatenter Lues, 15 Fälle der verschiedenartigsten cerebrospinalen Affektionen, bei denen die Lues nicht im Spiele war, erwiesen sich als vollkommen negativ. Die biologische Methode stellt demnach eine wertvolle Bereicherung der Paralysendiagnose dar, ganz besonders in Fällen, in denen die zytologische Untersuchung ein zweifelhaftes Ergebnis liefert. An der klinischen Spezifität der Reaktion zu zweifeln, liegen keine Gründe vor, wie auch immer die Vorstellung von dem Wesen der sogenannten Antikörper sein mag. Das geht auch aus allen neueren großen Versuchsreihen (*Michaelis, Citron*) im Gegensatz zu den Anschauungen von *Braun* und *Weil* hervor.

An der Diskussion beteiligen sich die Herren *Bonhoeffer, Sachs* und der Vortragende.

Herr *Klieneberger*-Breslau: Juvenile Paralysen.

Nach einleitenden Bemerkungen über die Häufigkeit der juvenilen Paralyse bespricht Vortr. ihre klinischen Erscheinungen und ihren Verlauf. Im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen die körperlichen Symptome: Stillstand der Entwicklung, motorische Reiz- und Ausfallserscheinungen, darunter häufig absolute, seltener reflektorische Pupillenstarre, ferner des öfteren Optikusatrophie. Psychisch bietet die juvenile Paralyse fast ausnahmlos das Bild der einfachen Demenz mit der charakteristischen Euphorie, mit gesteigerter Reizbarkeit, Stimmungsanomalien und „kindlichen Größenideen". Der Verlauf der juvenilen Paralyse ist langsam und schleichend; er erstreckt sich über einen Zeitraum von 4—6 Jahren, oft noch darüber hinaus. Es folgte die Demonstration von 5 Fällen (drei Knaben im Alter von 16, 17 und 19 Jahren, zwei Mädchen im Alter von 20 und 21 Jahren), die innerhalb des ersten halben Jahres nach Eröffnung der neuen Klinik in unsere Beobachtung gekommen waren. In einem Fall fand sich reflektorische, in 4 Fällen absolute Pupillenstarre, darunter einmal Optikusatrophie. Die Sehnenreflexe waren durchweg gesteigert, nur bei einem Kranken fehlten die Achillessehnenreflexe. Bei zwei Kranken waren nur spastische, bei drei Kranken spastische und hypotonische Erscheinungen, bei allen ataktische Störungen und die charakteristische paralytische Sprach- und Schriftstörung nachzuweisen. Zweimal fand sich das *Babinski*sche Phänomen. Bei einem Kranken wurden wiederholt paralytische Anfälle beobachtet. Das psychische Bild war vorwiegend das der euphorischen Demenz. Eine Kranke neigte zu Konfabulationen; kindliche Größenideen zeigten zwei Kranke. In allen Fällen wies die

Lumbalflüssigkeit eine beträchtliche Vermehrung der Lymphocyten auf. Die serodiagnostische Untersuchung ergab überall das Vorhandensein von luischen Antikörpern. Differentialdiagnostisch bot nur ein Fall Schwierigkeiten, in dem die Diagnose „Lues cerebrospinalis" nicht mit unbedingter Sicherheit ausgeschlossen werden konnte. Es handelte sich hier um einen selbst für die juvenile Paralyse ungewöhnlich langsamen Verlauf, beziehungsweise um eine seit Jahren bestehende Remission. Zeichen einer luischen Infektion konnten nirgends festgestellt werden. Anamnestisch erfuhren wir, daß allen Kranken Früh- bzw. Totgeburten vorausgegangen waren. In 2 Fällen war uns die Untersuchung der Eltern leider nicht möglich, doch fanden sich in einem dieser Fälle bei der Schwester des Kranken deutliche Zeichen hereditärer Lues. Im dritten Fall konnte bei dem Vater, im vierten und fünften Fall bei der Mutter Tabes dorsalis mit Sicherheit diagnostiziert werden. In beiden letzten Fällen ist der Vater an progressiver Paralyse gestorben.

Diskussion: Herr *Neisser* möchte es nicht für ausgeschlossen halten, daß eine fortschreitende Erkenntnis von den jetzt zusammengehörig erscheinenden Fällen noch verschiedenartige Gruppen ausscheiden werde. Er erwähnt einen Fall eigener Beobachtung, bei welchem auch eine sehr langdauernde, mehr als zweijährige Remission stattgehabt hatte.

Herr *Heilemann*-Bunzlau: Über den Typhus in Irrenanstalten unter Bezugnahme auf die in Bunzlau gemachten Erfahrungen.

Vortr. schildert den Verlauf der im Jahre 1906 in der Bunzlauer Anstalt beobachteten Typhusendemie und gibt einen kurzen Rückblick auf das frühere Auftreten von Typhus in der Anstalt. Eine nach dem Erlöschen der Endemie durchgeführte systematische Untersuchung aller Anstaltsinsassen ergab das Vorhandensein von 14 Typhusbazillenträgern, 12 weiblichen und zwei männlichen, innerhalb der Anstalt. Die Tatsache, daß diese erst 6—8 Monate nach dem Auftreten des letzten Erkrankungsfalles ermittelt und unschädlich gemacht wurden, fordert zu großer Vorsicht in der Bewertung ihrer Rolle als Krankheitsvermittler heraus. An der Hand einer tabellarischen Übersicht schildert Vortr. die Ergebnisse der fortgesetzten Stuhluntersuchungen dieser Bazillenträger und knüpft daran eine Reihe praktisch wichtiger Erwägungen. Insbesondere legt er dar, daß, auch wenn zwei durch eine Woche getrennte Einzeluntersuchungen ein negatives Ergebnis gehabt haben, deshalb die Vorsicht nicht erlöschen dürfe, da erheblich größere Pausen in der Ausscheidung der Bazillen wiederholt beobachtet wurden. Möge aber auch die Rolle der Bazillenträger bei der Entstehung von Epidemien noch in mancher Beziehung ungeklärt sein, so dürfe doch nichts unterlassen werden, um sie unschädlich zu machen. Bei den Geisteskranken versage naturgemäß das Mittel der Belehrung, welche das Reichsseuchengesetz für die Bazillen-

träger fordert; andererseits sei ihre Isolierung in Zellen vom psychiatrischen Standpunkt als eine unsachgemäße Maßnahme zu erachten. In Bunzlau sei deshalb — zum ersten Male — ein besonders für diesen Zweck eingerichtetes Absonderungshaus im Bau begriffen, welches in gleicher Weise den psychiatrischen Gesichtspunkten der Krankenbehandlung wie den hygienischen Forderungen des Schutzes gegen Kontakt, insbesondere auch des Schutzes des Pflegepersonals Rechnung tragen solle.

Herr *Neisser*-Bunzlau demonstriert im Anschluß hieran den Grundriß des Absonderungshauses für Bazillenträgerinnen.

Die wichtigsten Besonderheiten der baulichen Anlage sind folgende:

1. Von außen findet ein Verkehr mit der Abteilung nur durch einen Fensterschalter statt, wo auch die Speisen hineingereicht werden. Die Speisenverteilung findet auf dem Durchgabetisch vor der Abteilung statt; die Speisetransportkessel gelangen zur Küche zurück, ohne mit der Abteilung und ihrem Personal oder den Kranken in irgend eine Berührung gekommen zu sein.

2. Das Aufwaschzimmer für die Eßgeräte der Kranken kommuniziert nicht nach außen, sondern ist nur vom Krankensaal der Abteilung aus zugänglich.

3. Das Pflegepersonal hat ein eigenes, mit besonderer Aufwaschküche und Nebengelaß versehenes Speisezimmer im Kellergeschoß und ein Ruhezimmer für Nachtwachen im Dachgeschoß, und der Verkehr zu diesen Räumen findet in einem besonderen, lediglich dafür eingerichteten Treppenhause statt.

4. Die Pflegerinnen dürfen die Abteilung nur verlassen, indem sie ein an ihr Schlafzimmer angrenzendes besonderes Badezimmer zur Desinfektion passieren, dort ihre Oberkleidung zurücklassen und sich in einem besonderen Vorraum mit sauberer Oberkleidung versehen. In dem Badezimmer ist ein nur den Pflegerinnen zugängliches Klosett erstellt.

5. Für die Kranken sind in den Aborträumen keine Wasserspülklosetts eingerichtet, sondern nur leicht desinfizierbare Nachtstühle aufgestellt. Besondere Nebenräume dienen zur Aufbewahrung, Untersuchung und Desinfektion der Dejektionen, welche dann durch Ausgüsse, die für die Kranken nicht zugänglich sind, in die Kanalisation übergeführt werden. Die Anordnung der Räume ist so getroffen, daß der Arzt die aufbewahrten Dejektionen besichtigen, Proben entnehmen kann usw., ohne die Krankenräume zu betreten.

6. Die Schmutzwäsche wird durch einen Schacht direkt in einen mit Roh-Lysoform gefüllten Bottich im Kellergeschoß befördert, von wo sie durch einen besonderen Ausgang direkt zur Zentralwäscherei abgeführt wird.

7. Für die Kranken stehen große und kleinere Bettsäle und Aufenthaltsräume nebst Einzelzimmern und einer heizbaren Veranda sowie ein geräumiges Dauerbad zur Verfügung. Alle Nebenräume sind um den Hauptkrankensaal so gruppiert, daß sie von diesem aus bequem zugänglich sind und die Überwachung immer gewahrt bleibt. Von der Veranda aus führt zum Garten eine besondere Treppe, welche nur für die Kranken und das gerade im Dienst befindliche Personal zugänglich ist.

Herr *C. S. Freund*-Breslau: a) Anatomischer Beitrag zur Pathologie des linken Schläfelappens (Fall von sensorischer Aphasie).

Vortr. demonstriert die im Neurobiologischen Institut zu Berlin (durch Frau Professor *Vogt*) aufgenommenen Photographien der Gehirnoberfläche desjenigen Falles, welchen er auf der Naturforscherversammlung zu Breslau 1906 als „klinischen Beitrag zur Pathologie des linken Schläfelappens" (sub b) vorgestellt hat.

Bei der damaligen Krankenvorstellung bot die 82 jährige Patientin folgendes Symptomenbild, das im Anschluß an einen am 24. November 1903 erlittenen Schwindelanfall aufgetreten war:

„Absoluter Verlust des Wortlaut- und Wortsinnverständnisses bei erhaltener Hörfähigkeit, Rededrang (Logorrhoe) mit Perseveration, aber ohne Echolalie. Fast vollständige Agraphie (schreibt nur spontan und dann paragraphisch stets dieselben wenigen unleserlichen Wortbildungen). Liest nicht laut, aber soll in der Bibel lesen; verkehrt vorgehalten. Druckschrift bringt sie in die richtige Stellung. Es besteht keine Hemianopsie, keine Lähmungssymptome an den Extremitäten, keine Demenz. Wenn sie allein ist, spricht sie nicht resp. nur wenig verbigerierend. Sobald eine andere Person in ihr Zimmer tritt, stellt sich Rededrang ein, der nur durch energisches Verbot unterdrückt wird. Unter den unverständlichen Wortschwall laufen einzelne richtig gebildete Worte unter, hin und wieder verständliche Sätze, z. B. vor einigen Wochen beim Anhören eines Stimmgabeltones: „wenn ich ein Wort hören könnte"."

Dieser klinische Befund ist bis zum Tode der Pat. (27. Oktober 1907) ziemlich unverändert geblieben. Im Laufe der Beobachtung wurde ein sehr bemerkenswerter Gehörbefund (durch den Ohrenarzt Herrn Dr. *Franz Kobrak*) festgestellt: „Auf beiden Ohren werden alle hohen und mittleren Stimmgabeltöne gehört, jedoch tiefe Stimmgabeltöne (b d F) nicht gehört. Die auf den Scheitel aufgesetzte $g^1$-Gabel wird nicht vernommen. — Es handelt sich demnach kaum um eine allein durch Sklerose bedingte Schwerhörigkeit. Selbstverständlich ist Sklerose als Nebenbefund nicht auszuschließen."

Die makroskopische Autopsie der Großhirnoberfläche läßt nur an der linken Hemisphäre Veränderungen erkennen: Der Hauptbefund ist eine durch gelbe Erweichung bedingte hochgradige Verschmälerung

der ganzen ersten Schläfenwindung. Ganz nach vorn und nach hinten ist die zweite Schläfenwindung auch etwas angegriffen, ebenso der Gyrus angularis. Die erste Hinterhauptwindung hat auch eine kleine Erweichungsstelle.

Die weitere anatomische Bearbeitung des Gehirns erfolgt im neurobiologischen Institut zu Berlin; die mikroskopische Untersuchung der Felsenbeine im Laboratorium der Ohrenabteilung des Allerheiligenhospitals zu Breslau.

b) Demonstration eines Erweichungsherdes im linken Hirnschenkelfuß (auf einem Horizontalschnitt die ganze Quere des Hirnschenkelfußes einnehmend) als des einzigen makroskopisch nachweislichen Hirnherdes bei einem Falle von rechtsseitiger Hemiplegie mit *Wernicke-Mann*schem Prädilektionstypus. Es bestand kein Babinskireflex. Fazialis intakt. Keine Beeinträchtigung der Sprachfunktionen. Über Pupillenreaktion sowie Beweglichkeit der äußeren Augenmuskeln wurde nichts notiert; vermutlich war dieselbe gleichfalls normal, Tastvorstellungen rechts stark beeinträchtigt.

Zum Schluß ward die Psychiatrische Klinik besichtigt. Dr. *Neisser.*

---

## Bericht über die Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Berlin am 24. und 25. April 1908.

Die Sitzungen fanden im großen Saale des Architektenhauses statt.

Anwesend waren die Herren: *Abraham*-Berlin, *Adams*-Johannistal, *Albrecht*-Ückermünde, *Alt*-Uchtspringe, *Alter*-Lindenhaus, *Arndt*-Wannsee, *Aschaffenburg*-Köln, *Barbo*-Pforzheim, *Benda*-Berlin, *Berger*-Jena, *Bernhardt*-Godeshöhe, *Beyer*-Roderbirken, *Beyer*-Eberswalde, *Bischoff*-Buch, *Birnbaum*-Berlin, *Birnbaum*-Herzberge, *Bleuler*-Zürich, *v. Blomberg*-Dziekanka, *Boedeker*-Schlachtensee, *Böhmig*-Dresden, *Bonhöffer*-Breslau, *Bratz*-Wuhlgarten, *Brodmann*-Berlin, *Brodtmann*-Schweizerhof, *Bruns*-Hannover, *Buchholz*-Hamburg, *Bünger*-Groß-Wusterwitz, *Camerer*-Stuttgart, *Caßirer*-Berlin, *Cohen*-Königslutter, *Cramer*-Göttingen, *Dansauer*-Berlin, *Delbrück*-Bremen, *Demohn*-Nietleben, *Deutsch*-Lauenburg, *Dluhosch*-Kosten, *Döblin*-Buch, *Dubbers*-Allenberg, *Ebers*-Baden, *Edel*-Charlottenburg, *Ehrcke*-Uchtspringe, *v. Ehrenwall*-Ahrweiler, *Eicke*-Herzberge, *Encke*-Ückermünde, *Facklam*-Suderode, *Falk*-Kortau, *Falkenberg*-Lichtenberg, *Feldkirchner*-Regensburg. *Finckh*-Niederschönhausen, *Fischer*-Prag, *Fischer*-Wiesloch, *Forster*-Berlin, *Franke*-Neu-Ruppin, *Friedländer*-Hohe Mark, *Gallus*-Potsdam, *Ganser*-Dresden, *Gaupp*-Tübingen, *Gerstenberg*-Hildesheim, *Gock*-Landsberg a. d. W., *Groß*-Schussenried, *Gudden*-Bonn, *Haardt*-Emmendingen, *Habermaas*-Stetten, *Hahn*-Breslau, *Hasche-Klünder*-Hamburg, *Havemann*-Tapiau, *Hebold*-Wuhlgarten, *Heilbronner*-Utrecht, *Heilmann*-Bunzlau, *Henneberg*-Neubabelsberg, *Herfeldt*-Ansbach, *Herting*-

Galkhausen, *Heß*-Görlitz, *Hoeniger*-Halle, *Holzen*-Warstein, *Hopf*-Potsdam, *Hoppe*-Uchtspringe, *v. Hößlin*-Eglfing, *Hüfler*-Chemnitz, *Hügel*-Klingenmünster, *Huth*-Bonn, *Imhof*-Werneck, *Jahrmärker*-Marburg, *Jastrowitz*-Berlin, *Jenz*-Schwerin, *Juliusburger*-Steglitz, *Kapff*-Waldfrieden, *Karrer*-Klingenmünster, *Kleefisch*-Essen, *Kluge*-Potsdam, *Knecht*-Neu-Ruppin, *Knecht*-Ückermünde, *Koehler*-Gabersee, *Kölpin*-Andernach, *Koenig*-Dalldorf, *Kräpelin*-München, *Krause*-Berlin, *Kreuser*-Winnental, *Kurz*-Pfullingen, *Kutzinski*-Berlin, *Lachmund*-Münster, *Laehr*-Haus Schönow, *Laehr*-Schweizerhof, *Lahse*-Eberswalde, *Landerer*-Andernach, *Lauenstein*-Hedemünde, *Einar Lauritzen*-Växjö (Schweden), *Lauschner*-Treptow a. R., *Lehmann*-Dösen, *Lehmann*-Coswig, *Lewandowsky*-Berlin, *Liebers*-Dösen, *Lilienstein*-Nauheim, *Lilienthal*-Berlin, *Lienau*-Hamburg, *Liepmann*-Dalldorf, *Lochner*-Thonberg, *Loewenthal*-Berlin, *Loewy*-Marienbad, *Lomer*-Blankenhain, *Longard*-Sigmaringen, *Lückerath*-Bonn, *Luther*-Lauenburg, *Lüttge*-Berlin, *Mendel*-Berlin, *Merklin*-Treptow an der Rega, *Meyer*-Königsberg, *Michaelis*-Nietleben, *Moeli*-Berlin, *Möller*-Berlin, *Müller*-Dösen, *Näcke*-Hubertusburg, *Nawratzki*-Nikolassee, *Neisser*-Bunzlau, *Neuendorff*-Bernburg, *Neupert*-Erlangen, *v. Nießl*-Leipzig, *Ollendorff*-Schöneberg, *Oster*-Illenau, *Östreicher*-Nordend, *Otto*-Lichtenberg, *Paetz*-Alt-Scherbitz, *Pappenheim*-Heidelberg, *Pelman*-Bonn, *Peretti*-Grafenberg, *Petersen*-Brieg, *Pfeifer*-Halle, *Pfersdorff*-Straßburg, *Placzek*-Berlin, *Pohlmann*-Aplerbeck, *Probst*-Eglfing, *Rabbas*-Neustadt, *Raecke*-Kiel, *Ranke*-Münster, *Ranke*-Heidelberg, *Rehm*-Hamburg-Eppendorf, *Rehm*-München, *Reich*-Herzberge, *Reichardt*-Würzburg, *Reis*-Tübingen, *Rinne*-Langenhagen, *Rittershaus*-Erlangen, *Rosenberg*-Buch, *Roth*-Eglfing, *Ruden*-München, *Runge*-Kiel, *Salinger*-Buch, *Sander*-Dalldorf, *Sauermann*-Merzig, *Schäfer*-Roda, *Schauß*-Buch, *Schayer*-Dalldorf, *Schedtler*-Merxhausen, *Schilling*-Schöneberg, *Schmidt*-Wuhlgarten, *Schmidt*-Herzberge, *Schmidt*-Alt-Scherbitz, *Schneider*-Untergöltzsch, *Schnitzer*-Kückenmühle, *Schönfeldt*-Riga, *Scholinus*-Pankow, *Schröder*-Alt-Scherbitz, *Schultze*-Greifswald, *Schütz*-Leipzig, *Schütz*-Jena, *Schwabe*-Plauen, *Schwarz*-Bayreuth, *Seelig*-Herzberge, *Seiffer*-Berlin, *Selle*-Neu-Ruppin, *Serger*-Alt-Strelitz, *Siemens*-Lauenburg, *Simon*-Warstein, *Sklarek*-Buch, *Snell*-Lüneburg, *Sprengel*-Neu-Ruppin, *Stargynski*-Posen, *Starlinger*-Mauer-Öhling, *Stengel*-Bruchsal, *Stier*-Berlin, *Stolzenburg*-Lüneburg, *Subotitsch*-Belgrad, *Tecklenburg*-Tannenfeld, *Tippel*-Kaiserswert, *Tuczek*-Marburg, *Urstein*-Rußland, *Utz*-Ansbach, *Veit*-Wuhlgarten, *Viedenz*-Eberswalde, *Vieregge*-Buch, *Vogt*-Frankfurt a. M., *Vocke*-Eglfing, *Voß*-Greifswald, *Wachsmuth*-Frankfurt a. M., *Waldschmidt*-Nikolassee, *Walther*-Neustadt, *Wanke*-Friedrichroda, *Wegener*-Marsberg, *Weichelt*-Andernach, *Wendenburg*-Lüneburg, *Werner*-Owinsk, *Westrum*-Warstein, *Weygandt*-Würzburg, *Wickel*-Obrawalde, *Winckler*-Owinsk, *Wollenberg*-Straßburg, *Wörnlein*-Sorau, *Zimmermann*-Hamburg, *Zinn*-Eberswalde; im ganzen 230 Teilnehmer.

Am Vorstandstisch die Herren *Moeli, Kräpelin, Kreuser, Laehr, Pelman, Siemens, Tuczek.* — Schriftführer: *Finckh, Forster, Seelig.*

**1. Sitzung, Freitag, den 27. April, vormittags 9 Uhr.**

Der Vorsitzende *Moeli*-Berlin begrüßt die zahlreich erschienenen Teilnehmer und gedenkt der im letzten Jahre verstorbenen Mitglieder: des Ehrenmitgliedes des Vereins *Hitzig*, *Wildermuth*, *Em. Mendel*, *Brückner*, *Ullrich*, *Heimann*, *Baer*. Die Anwesenden erheben sich zu Ehren der Verstorbenen von ihren Sitzen.

Der Vorsitzende verliest alsdann Begrüßungstelegramme von *Binswanger*, *Schüle*, *Siemerling*, *Thomsen* und *Ziehen*.

Es folgt das 1. Referat über

Endzustände der Dementia praecox.

Die Referenten *Jahrmärker*-Marburg und *Bleuler*-Zürich hatten folgende Leitsätze aufgestellt, die gedruckt vorlagen:

I.

1. *Kraepelins* Dementia praecox umfaßt Krankheitsfälle, welche wesensverschieden sind von den uns bekannten anderen Psychosen; es sind ihr zugehörig noch einige „paranoische" Zustandsbilder, welchen eine selbständige Stellung zuerkannt war;

2. die Dementia praecox stellt eine Krankheit dar; charakteristische Krankheitszeichen lassen die Bezeichnung „Schizophrenie" passend erscheinen;

3. die Gestaltung der Krankheitsbilder und der Ausgangszustände hängt bei der Schizophrenie von Momenten ab, welche

a) außerhalb der Krankheit liegen;

b) als Zeichen sich darstellen von durch die Krankheit gesetzten Veränderungen des Zentralnervensystems;

c) durch den eigentlichen Krankheitsprozeß selbst bedingt werden.

II.

Allgemeines.

1. Die bis jetzt üblichen Gesichtspunkte und Gruppierungen erweisen sich als ungenügend für eine Prognosestellung.

2. Bei Betrachtung der Krankheit nach den in I. festgelegten Gesichtspunkten bekommt man zwar noch wenig definitive Resultate, aber bessere prognostische Fragestellungen.

Spezielles.

Die einzelnen Ergebnisse lassen sich nicht wohl in Thesen fassen; wir bringen sie deshalb in der Form eines Überblickes.

Befriedigende prognostische Regeln lassen sich zurzeit aus der Art der Anfangszustände nicht aufstellen. Bei unserem Anstaltsmaterial haben zwar Fälle mit akuten Syndromen bessere Aussichten als die mit chronischem Verlaufe. Der wichtigste Grund ist aber ein äußerlicher: die akuten Symptome sind vorübergehend, bringen aber dennoch Kranke mit wenig vorgeschrittener Verblödung in die Anstalten, während die chronischen Zustände unserer Statistik nur schwere, d. h. bereits

stark „verblödete" Patienten zuführen. — Imbezille, die schizophren werden, bleiben gern in den Anstalten hängen, nicht deswegen, weil ihre Schizophrenie schlimmer verlaufen würde als in andern Fällen, sondern weil sie durch die Summation der Symptome der angeborenen und der erworbenen Demenz leichter sozial unmöglich werden als ursprünglich intelligente Patienten.

Die Heredität ergab bis jetzt keine prognostischen Anhaltspunkte. Es existieren aber noch keine Untersuchungen, die die verschiedenen Belastungsarten genügend differenzieren.

Auch die bisherige Gruppeneinteilung hat eine sehr geringe prognostische Bedeutung.

Das Erkankungsalter hat äußerst wenig Einfluß auf den Ausgang.

Eine Prognose quoad Recidiv gibt es nicht.

Das Studium der in den Anstalten verbleibenden „abgelaufenen" Fälle ergibt:

Kranke, die nach dem ersten Anstaltsaufenthalt eine an Heilung grenzende Remission durchgemacht haben, kommen selten in die Pflegeanstalt. Immerhin ist auch bei solchen Fällen spätere schwere Verblödung nicht sicher auszuschließen.

Chronische oder im späteren Verlauf in den Vordergrund tretende katatone Symptome haben eine ganz schlimme prognostische Bedeutung.

Relativ gut, d. h. arbeitsfähig innerhalb der Anstalt, erhält sich eine Gruppe, in deren Vordergrund paranoide Symptome stehen, während die eigentlich schizophrenen Erscheinungen stark zurücktreten und katatone ganz fehlen.

Einen Endzustand in dem Sinne, daß von einem gewissen Zeitpunkt an die Krankheit keine Fortschritte mehr machen könnte, gibt es nicht.

Alle bisher aufgestellten Formen der Dementia praecox können in jedem Stadium stille stehen oder sich beliebig, akut oder chronisch, weiter entwickeln. Abgrenzung von Gruppen nach dem Grade der Verblödung ist deshalb nicht möglich.

Die Generalprognose der Dementia praecox ist also nicht „Verblödung", sondern Richtung des Krankheitsverlaufes nach einer bestimmten Art der Verblödung hin. Die durch die Krankheit gesetzte Veränderung kann so gering sein, daß sie bei wenig eingehender Untersuchung nicht gefunden wird (latente Dementia praecox). Die Diskussion über die Heilungsmöglichkeit ist deswegen nicht viel mehr als ein Wortstreit.

Wie weit der einzelne Kranke auf der Bahn der Verblödung fortschreite, ist jetzt noch nicht zum voraus zu bestimmen. Statt dessen muß man versuchen festzustellen, wie weit die Verblödung schon fortgeschritten ist. Man kann dann mit einer gewissen

Wahrscheinlichkeit — nicht mit Sicherheit — annehmen, daß sie sich nicht mehr zurückbilde.

Einen brauchbaren Maßstab für den Grad der Verblödung kann es allerdings nicht geben. Der Schizophrene ist niemals sehlechthin dement, sondern er ist dement in bezug auf bestimmte Fragen, auf bestimmte Komplexe, auf bestimmte Zeiten. Dagegen ist innerhalb gewisser Grenzen ein Maßstab denkbar für den Fortschritt, den die Grundstörung gemacht hat. Einen solchen Maßstab müssen wir suchen.

Einen indirekten und deswegen nicht ganz sicheren, aber doch brauchbaren Anhaltspunkt für die Schätzung des von der Krankheit erreichten Grades gibt uns die Stärke der Disposition zu spezifisch schizophrenen Symptomen. Irgendein Zustand bietet ceteris paribus um so schlimmere Aussichten, als mehr Affekt- und Assoziationsstörungen, mehr katatone Symptome vorhanden sind, und als Halluzinationen und Wahnideen mehr den typisch schizophrenen Charakter besitzen.

Die Prognose der Schizophrenie ist eine sehr komplizierte Funktion, deren Komponenten sich in ihren Wirkungen oft durchkreuzen und kompensieren. Sie kann deshalb nur in ihren einzelnen Faktoren studiert werden.

So müssen wir unterscheiden lernen zwischen primären Symptomen, die dem Krankheitsprozeß direkt proportional sind, und sekundären, die durch irgendeinen zufälligen Einfluß auf die kranke Psyche entstehen.

Die meisten bisher beschriebenen Symptome sind sekundäre, so ein Teil der katatonen Erscheinungen, die Wahnideen, Wutanfälle, Dämmerzustände usw. Sie haben mit dem Krankheitsprozeß sehr wenig zu tun.

Die elementaren Störungen sind viel weniger bekannt. Gewisse Benommenheitszustände, die denen bei Hirndruck ähneln, machen einen primären, man möchte sagen organischen Eindruck. Auch in den schizophrenen Assoziationsstörungen liegt unseres Erachtens ein wichtiger primärer Faktor, während allerdings die „affektive Verblödung" in der Hauptsache oder ganz ein sekundäres Symptom darstellt.

Komplexe sekundäre Symptome (Aufregungen, Dämmerzustände) können auftreten, ohne daß ein Schub des Krankheitsprozesses vorliegt. Die Unterscheidung zwischen primären und sekundären Symptomen wird uns aber ermöglichen, die wichtige Frage zu beantworten, ob und inwieweit eine Aufregung eine Exazerbation des Krankheitsprozesses oder nur eine Exazerbation der Symptome ist.

Nicht identisch mit der Zerlegung der Symptome in primäre und sekundäre ist die Unterscheidung von vorübergehenden und dauernden Symptomen. Zu den vorübergehenden gehören Dämmerzustände; manische und melancholische Affektwellen; Verwirrtheitszustände; gewisse Arten von Benommenheit. Nur die letzteren beiden

Symptome scheinen primäre zu sein. Manche Verwirrtheitszustände machen geradezu den Eindruck von durch den akuten Hirnprozeß ausgelösten Insulterscheinungen.

Wir wissen zurzeit über die Rückbildungsfähigkeit mancher Symptome noch sehr wenig. Ausschlaggebend für die Prognose ist oft mehr als das Symptom die psychische Umgebung: die eigentlichen schizophrenen Symptome sind ceteris paribus um so weniger rückbildungsfähig, je besonnener ihre Träger erscheinen. Die schizophrenen Assoziations- und Gemütsstörungen während chronischer Zustände bilden sich am schwersten zurück.

Wir müssen ferner danach trachten, Anhaltspunkte zur Schätzung der Intensität des Krankheitsprozesses zu bekommen. Wahrscheinlich werden uns Benommenheit und gewisse Verwirrtheitszustände die ersten Anhaltspunkte zu einem solchen Urteil geben.

Ein genaueres Eingehen auf die psychologische Genese der einzelnen Symptome verspricht weitere prognostische Anhaltspunkte. Unter den Namen Negativismus und Stupor z. B. fassen wir ganz verschiedene Zustände mit verschiedener prognostischer Bedeutung zusammen. Auch andere katatone Symptome, die als einheitliche angesehen werden, haben nur bei chronischen Zuständen schlimme Bedeutung, bei akuten nicht. Wir müssen sie also zerlegen lernen in prognostisch gute und schlimme.

Wichtig ist ferner bei den Prognosestudien die Kritik des Materials. Wir bekommen nur einen Teil der Kranken zu sehen: die ganz schweren und deswegen asozialen Fälle, und von den zahlreicheren leichten diejenigen, die eine akute Erregung haben. Das Material ist abhängig von den Aufnahmeverhältnissen einer Anstalt, von den Pflegetaxen, von der Zusammensetzung der die Anstalt benutzenden Bevölkerung und noch manchen ähnlichen Faktoren. Bei Platzmangel und in bäuerlichen Gegenden kommen leichte Fälle weniger in die Anstalten als anderswo. Ebenso sind oder erscheinen bei gleichem Material die Ausgänge verschieden je nach dem Spiritus loci der Anstalt, der „Behandlung" im weitern Sinne, und nach den Entlassungsverhältnissen. Die prognostischen Ermittlungen sind also von Anstalt zu Anstalt nie direkt vergleichbar.

I. *Jahrmärker*-Marburg gibt eine kurze Einleitung zu dem gemeinsamen Referat. „Der Herr Referent wird", führt er in derselben u. a. aus, „in der Hauptsache prognostischen Erwägungen seine Zeit widmen, ich habe als Korreferent kurz die Grenzen zu ziehen, welche wir der Dementia praecox stecken möchten; zugleich habe ich die Frage der Wesensgleichheit ihrer Glieder und die ihrer Gliederung in Untergruppen zu erörtern; und habe bei alledem im Auge zu behalten die Gewinnung prognostischer Fragestellungen."

Einen Weg suchte *J.* zu finden, den verschiedenen Seiten seiner Aufgabe in einer Gedankenreihe näher zu kommen; er hat dem Mechanismus

der Krankheitsbilder, der Ausgangszustände nachzugehen versucht und hat dabei seinen Ausgang genommen von den mehr oder weniger leichten, rudimentären Krankheitsbildern, zu deren Vorkommen und deren Symptomatologie er näheres ausführt; besonders hervorgehoben wird die Bedeutung ausreichender Anamnesen.

Auf Grund des Studiums von lange Jahre bestehenden Krankheitsfällen verfolgt *J.*, wie sich die Differenzierung der Krankheitsbilder gestaltet.

„Die Differenzierung der Krankheitsbilder wird bewirkt durch Momente, welche außerhalb der Krankheit liegen, und durch solche, welche mit der Krankheit in Zusammenhang stehen.

1. Die Differenzierung der Krankheitsbilder durch Momente, welche außerhalb der Krankheit liegen, gestaltet sich analog wie bei manchen anderen Krankheiten, es läßt die Eigenart der grundlegenden Störungen hierbei nur ganz besonders leicht äußerlich heterogene Bilder entstehen. Die persönlichen Eigenschaften des einzelnen, seine Anlage und das, was auf ihn einwirkte, sie machen sich in sehr erheblicher Weise geltend, und daneben werden oft besondere Verhältnisse von Bedeutung, Verhältnisse, wie sie durch psychologische und soziale, physiologische und pathologische Momente geschaffen werden; durch Leidenschaften z. B., durch Not, Inhaftierung, durch Umwälzungen, wie sie Pubertät, Klimakterium, Senium mit sich bringen, durch Alkoholgenuß und chronischen Alkoholmißbrauch, durch Erschöpfung, Infektionskrankheiten, organische Erkrankungen des Gehirns und anderes mehr.

Es erfolgt dabei eine Differenzierung der Krankheitsbilder im Sinne einmal v o r ü b e r g e h e n d e n Auseinandergehens, im Sinne anderseits d a u e r n d e r Um- und Ausgestaltung.

Auf Reize, Schädlichkeiten, wie ich sie anführte, reagiert der Betroffene seiner krankhaften Verfassung entsprechend quantitativ und qualitativ in besonderer Weise; nicht selten werden wir vorübergehende Zustände vor Augen bekommen, welche bei Verkennung der spezifischen Grundlage als besondere Psychosen imponieren können, nicht weniger oft werden wir typische Folgeerscheinungen irgendwelcher Schädlichkeit eine modifizierte Form annehmen sehen. So beobachten wir z. B. ein stärkeres Hervortreten von wenig oder gar nicht deutlich gewesenen Symptomen, beobachten Affekt-, Unruhe-, Erschöpfungszustände, Haft-, Fieber-, Alkoholstörungen, welche in dieser Weise entstehen, sehen unter der Einwirkung irgendwelcher Schwierigkeiten oder Mißerfolge paranoische Zustandsbilder vorübergehender Art auftreten, und sehen auf der anderen Seite das Delirium tremens z. B. bestimmte Modifikationen annehmen durch das Verhalten unter anderem der Gehörstäuschungem, wie der Herr Referent feststellte.

Zu einer dauernden Umgestaltung des Krankheitsbildes werden gelegentlich auch solche an sich vorübergehenden Zustände führen, indem

Residuen bleiben, Residuen vor allem auch im Sinne des Haftenbleibens bestimmter Gedankenverknüpfungen. Zu einer dauernden Differenzierung des Krankheitsbildes werden aber hauptsächlich die persönlichen Eigenschaften, die allgemeinen Lebensbedingungen des einzelnen, werden lange Zeit immer wiederkehrende Reize und Schädlichkeiten führen, Altersveränderungen auch und irreparable Erkrankungen. Viele Fälle von sog. Nervosität und sog. Hypochondrie, von originärem, moralischem, sozialem Schwachsinn, von Verschrobenheit und Querulantentum haben sich in dieser Weise gestaltet, sehr wohl kann es unter bestimmten Umständen auch zu chronisch paranoischen Zuständen kommen im Sinne des Querulantenwahns, im Sinne auch einer andern nicht aus Sinnestäuschungen sich entwickelnden Paranoia; stark ausgeprägte Eigenschaften des Alternden oder Gealterten führen ebenfalls zu paranoischen Bildern; eigenartige Zustände entstehen unter anderem durch schwere Traumen, durch Hirntumoren, vielleicht auch durch die Paralyse, die Lues cerebri u. a. m.

2. Die Differenzierung der Krankheitsbilder durch Momente, welche mit der Krankheit in Zusammenhang stehen, gestaltet sich in zweifacher Weise; einmal kommen in Betracht Momente, welche als Zeichen sich nur darstellen von durch die Krankheit gesetzten Veränderungen des Zentralnervensystems (sekundäre Störungen), zum anderen haben wir es zu tun mit Momenten, welche durch den eigentlichen Krankheitsprozeß selbst bedingt werden (primäre Störungen).

Nehmen Sie Krankheiten, wie die Idiotie, die senile Demenz, die Paralyse, wie weiter die Hysterie, die Epilepsie; Zustände sehen Sie bei solchen Krankheiten auftreten von motorischer Erregung, von heiterer oder trauriger Verstimmung, von verändertem oder getrübtem Bewußtsein, Zustände, welche Äußerungen sind der durch den betreffenden Krankheitsprozeß gesetzten Veränderungen des Zentralnervensystems. Solche Erregungs-, Verstimmungs-, Ausnahmezustände sehen wir, meine Herren, auch auf dem Boden der durch unseren Krankheitsprozeß gesetzten Veränderungen kommen und gehen, bald kürzer (Stunden, Tage), bald länger während, bald von geringerer, bald von erheblicherer Intensität. Es erhalten diese Zustände in sehr vielen Fällen ihre charakteristische Färbung durch die schon vorher ausgeprägt gewesenen speziellen Krankheitszeichen, oder dadurch, daß die vorher nur schwer oder gar nicht erkennbar gewesenen Symptome in ihnen deutlich werden; sie sind aber nicht selten auch hinsichtlich ihrer Krankheitszugehörigkeit kaum bestimmbar, weil die grundlegenden Krankheitszeichen durch lebhafte unwesentliche, wenn sie wollen, sekundäre Symptome verdeckt werden, oder sie entziehen sich auch überhaupt noch einer speziellen Diagnose, wie gelegentlich z. B. auch manische oder andere Bilder bei einer noch nicht vorgeschrittenen Paralyse. Wir sehen unter solchen Umständen Zustände entstehen, welche an manisch-depressive, „amente", an hysterische, epileptische erinnern, nicht selten geradezu den Typ darzustellen scheinen einer periodischen Psychose. —

Daß die durch unseren Krankheitsprozeß gesetzten Veränderungen besonders gern zu zeitweiligen Erregungen und Verstimmungen führen, kann übrigens ein jeder wahrnehmen, welcher alte, einwandfreie Fälle hebephrener Demenz zu beobachten Gelegenheit hat.

Nehmen Sie, meine Herren, weiter den Verlauf, welchen Verblödungsprozesse zeigen, wie die senile Demenz und besonders die Paralyse, sehen Sie, wie solche Krankheitsprozesse teils allmählich weiter zerstörend, teils mehr schubweise aufflackernd zum Ausgangsstadium führen; nur selten bleibt ein Schub ohne deutliche Residuen, sehr wohl können sich aber auch Erscheinungen, welche ein solcher mit sich brachte, ganz oder teilweise wieder ausgleichen; wir pflegen von dem endgültig Ausgefallenen das zunächst nur funktionell geschädigt Gewesene zu unterscheiden. In gleicher Weise wie bei solchen Verblödungsprozessen sehen wir auch in unseren Fällen eine Differenzierung der Krankheitsbilder durch den Ablauf der eigentlichen Krankheitsvorgänge selbst herbeigeführt werden; wir finden teils von Anfang an, teils erst später einsetzend eine allmähliche Zunahme der Verfallserscheinungen, wir beobachten eine Umgestaltung der Bilder durch Krankheitsschübe. Es stellt sich die Neigung zum Fortschreiten, es stellen sich auch die Schübe nicht selten ohne erkennbaren Anlaß ein, sehr oft knüpfen sie sich an Umwälzungen, wie sie die Pubertät, das Klimakterium, das kommende Senium, wie sie Schwangerschaften usw. mit sich bringen; öfters auch werden sie ausgelöst durch irgendwelche schwere Schädigungen, welche den Körper treffen; häufiger schließen sie sich auch an Störungen an, deren Entstehungsweise ich früher darzulegen versuchte. Was bewirkt wird, sind teils quantitative, teils qualitative Veränderungen; es kann das alte Bild resultieren in nur mehr oder weniger ausgeprägterer Form, es können aber auch recht divergierende Bilder das Ergebnis werden, je nachdem in dem durch den Schub bewirkten Zustandsbild mehr diese oder mehr jene Erscheinung im Vordergrund stand und später in mehr oder weniger abgeschwächter Form beharrt; so erhalten wir hebephrene, katatone, paranoische, halluzinatorische, amentę Ausgangsbilder, und es werden auch diese späterhin noch im einzelnen wieder differenziert durch Momente, welche ich früher kennzeichnete, durch Momente, wie sie teils außerhalb der Krankheit liegen, teils Äußerungen darstellen der durch den Krankheitsprozeß gesetzten Veränderungen; es werden aber diese Bilder auch noch weiter differenziert werden können durch ein weiteres Fortschreiten des Prozesses, durch ein erneutes Auftreten von Schüben, und wir, der Herr Referent und ich, wir sind nicht imstande gewesen, Zustände zu finden, welche ein Fortschreiten, einen Übergang in andere erfahrungsgemäß nicht zuließen."

Seinen Ausführungen zu entnehmen sei, sagt *J.* nach diesen Auseinandersetzungen weiter, daß die Referenten *Kräpelins* Krankheitsbilder als wesensverschieden betrachten zu müssen glauben von den uns bekannten anderen Psychosen, und daß sie denselben zunächst die Wesens-

einheit zugestehen möchten unter Hinzurechnung noch von einigen „paranoischen" Bildern, welchen im Rahmen einer Paranoia, eines präsenilen Beeinträchtigungswahns anderweitig vielleicht eine selbständige Stellung gegeben würde. „Selbstverständlich wollen wir nicht wirkliche hysterische Störungen etwa, wollen wir nicht die Degenerationszustände als solche der *Kräpelin*schen Krankheit einfügen."

Zur Gruppenbildung innerhalb der Dementia praecox ergebe sich der Schluß, daß die übliche Gliederung, welche ja auch nur der „Übersicht" halber gegeben werde, innere Unterschiede in der Entstehungsweise der Krankheitsbilder außer acht lassen müsse, daß sie deshalb nicht durchführbar sei und sichere prognostische Handhaben kaum geben könne; es ergebe sich dahingegen eine Betrachtungsweise, welche diagnostische und prognostische, vielleicht auch therapeutische Fragestellungen in mancherlei Hinsicht gewinnen lasse.

*J.* will den von dem Referenten *Bleuler* vorgeschlagenen Namen „Schizophrenie" annehmen, äußert am Ende seiner Darlegungen u. a.: „Von der Einheitspsychose sind wir noch weit entfernt, und noch lange sind wir nicht so weit, daß jemand berechtigt wäre, zu sagen: man geniert sich beinahe, diese Diagnose zu stellen; damit, daß man den Namen, das Wort nennt, hat man das wenigste getan von dem, was die Wissenschaft, was der Kranke zu fordern hat; mehr wie bei jeder anderen Psychose verlangt bei dieser Krankheit jeder einzelne Fall seine Spezialbeurteilung, seine Spezialprognose."

(Vollständig erschienen im 1. Juniheft des *Gaupp*schen Zentralblatts.)

II. *Bleuler*-Burghölzli: Die Prognose der Dementia praecox (Schizophreniegruppe)[1]).

Wenn im folgenden von Dementia praecox die Rede ist, so möchte ich immer das darunter verstehen, was der Schöpfer des Begriffes mit dem Worte hat bezeichnen wollen, und was Ihnen Herr Kollege *Jahrmärker* soeben im Detail umschrieben hat. Von anderen Anschauungen aus kann das uns gestellte Thema nicht fruchtbringend behandelt werden. Im Interesse der Diskussion möchte ich nochmals hervorheben, daß es sich bei der *Kräpelin*schen Dementia praecox weder um eine notwendige Dementia, noch um eine notwendige Praecocitas handelt. Aus diesem Grunde und weil man von dem Ausdruck Dementia praecox keine adjektivischen und substantivischen Weiterbildungen machen kann, erlaube ich mir, hier das Wort Schizophrenie zur Bezeichnung des *Kräpelin*schen Begriffes zu benützen. Ich glaube nämlich, daß die Zerreißung oder Spaltung der psychischen Funktionen ein hervorragendes Symptom der ganzen Gruppe sei, und werde dies an anderem Orte begründen.

---

[1]) Ursprüngliche Fassung des Referats, das für den Vortrag mehrfache Kürzungen erfuhr.

Durch zwei Doktorandinnen, *Wolfsohn* [1]) und *Zablocka* [2]), habe ich die während 8 Jahren im Burghölzli aufgenommenen 647 Schizophrenien in bezug auf die Prognose durcharbeiten lassen. Hierbei hat sich folgendes herausgestellt:

Die Heredität im bisherigen Sinne ist ohne Einfluß auf die Prognose. — Auch wenn man die Belastungsarten nach Krankheiten und Verwandtschaftsgraden auseinanderhält, ändert sich das Resultat nicht. Es ist aber ausdrücklich hervorzuheben, daß möglicherweise eine neue Betrachtungsart, die nicht mit „Psychosen" oder „Neurosen" und ähnlichen Sammelbegriffen operiert, doch noch Unterschiede nachweisen könnte.

Die mit der Heredität in Beziehung gebrachten Degenerationszeichen haben wohl keinen wichtigen Zusammenhang mit der Prognose, doch ist dies noch genauer zu prüfen.

Scheinbar hat die Akuität große Bedeutung für den Ausgang. Von den akut beginnenden Fällen werden 73 % als draußen arbeitsfähig entlassen, 11 % verblöden schwer, während die übrigen 16 % zwischenhinein rubrizieren. Von den chronisch Beginnenden bleiben 30 % als schwer verblödet hängen, während nur 50 % draußen einigermaßen selbständig arbeiten können. Es ist trotzdem nicht richtig, daß die chronisch beginnenden Fälle überhaupt um so viel häufiger und stärker verblöden. Die akuten Erkrankungen werden durch einen vorübergehenden Symptomenkomplex in die Anstalten gebracht, der in keiner Beziehung steht zur Höhe der Krankheit. Die chronischen aber kommen gewöhnlich erst, wenn die Verblödung einen unerträglichen Grad erreicht hat. Nur zufällige Erregung oder ein pathologischer Rausch bringt uns leicht Verblödete vor die Augen. Viele von ihnen sind seit Jahren chronisch krank, und diese genügen, um zu beweisen, daß auch schleichende Fälle in jedem Stadium Halt machen können.

Auf dem gleichen Umwege muß die Krankheitsform des Beginnes, die in unlösbarem Zusammenhang mit der Akuität steht, die Statistik der Ausgänge beeinflussen: Von den Manischen werden 83 %, von den Melancholischen und akut Wahnsinnigen 73 resp. 75 % in arbeitsfähigem Zustand entlassen, von den Dementen aber nur 33 %, während die schweren Endzustände bei Manie 7 %, bei Melancholie 13 %, bei Wahnsinn 9 %, bei initialer Demenz aber 55 % ausmachen. Die leichte Demenz bleibt eben der Zählung des Psychiaters verborgen, wenn sie nicht durch eine akute Erregung draußen unmöglich wird. Es ist also aus diesen Zahlen nicht zu beweisen, daß der akute

---

[1]) *Wolfsohn*, Die Heredität bei Dementia praecox. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1907, S. 347 ff.

[2]) Zablocka, Zur Prognosestellung bei d. Dem. pr. Dies Heft S. 318 ff.

Beginn eine wesentlich bessere Prognose habe als der chronische. Wir müssen das zunächst nur schließen aus der Natur der akuten Anfälle, die zum großen Teil vorübergehende Erregungen sind und mit dem Verblödungsprozeß oft nur indirekt zusammenhängen, und dann aus der Statistik der Endzustände in unseren Anstalten. Ich möchte aber hier schon betonen, daß das, was wir gewohnt sind als initiale akute Psychose anzusehen, gar nicht so häufig den eigentlichen Anfang der Krankheit darstellt, sondern in Wirklichkeit meist eine interkurrente Episode im Verlauf eines Prozesses ist, der schleichend begonnen hat.

Von den einzelnen Formen hat das Paranoid bei den Männern eine deutlich bessere Prognose, während die — gar nicht einheitliche — Gruppe, der wir den Namen Katatonie geben, bei dem gleichen Geschlecht etwas geringere Chancen bietet. Dieser letztere Unterschied muß noch etwas bedeutsamer erscheinen, wenn man daran denkt, daß die Katatonie schon leichteren Fällen das Familienleben unmöglich macht als das Paranoid und besonders die Hebephrenie. Die Frauen haben mehr Neigung zu Erscheinungen, die wir als Katatonie bezeichnen (Negativismus!); wahrscheinlich deshalb haben diese Symptome bei ihnen nicht die gleiche Bedeutung.

| Demenz: | leicht | | | mittel | | | schwer | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Untergruppe | M. | F. | T. | M. | F. | T. | M. | F. | T. |
| | % | % | % | % | % | % | % | % | % |
| Paranoid | 78 | 51 | 65 | 6 | 27 | 16 | 16 | 22 | 19 |
| Katatonie | 54 | 59 | 57 | 9 | 18 | 13 | 38 | 23 | 30 |
| Hebephrenie | 56 | 61 | 58 | 22 | 20 | 22 | 21 | 19 | 20 |

Ähnlich ist der Unterschied, wenn wir alle Fälle, die überhaupt katatone Symptome zeigen, den andern gegenüberstellen:

| Demenz | leicht | mittel | schwer |
|---|---|---|---|
| Mit kat. Symptomen | % | % | % |
| Total | 57 | 17 | 26 |
| Männer | 56 | 12 | 32 |
| Frauen | 58 | 20 | 22 |
| Ohne kat. Symptome | | | |
| Total | 63 | 19 | 18 |
| Männer | 67 | 17 | 16 |
| Frauen | 57 | 22 | 21 |

Auch die einzelnen katatonen Symptome für sich genommen, lassen sich nicht prognostisch verwerten. Nur darauf möchte ich aufmerksam machen, daß die ausgesprochene und andauernde Katalepsie auffallend günstige Verhältnisse zeigte mit 67 % leichten und 23 % schweren Erkrankungen. Leider ist das Symptom nur bei 38 Fällen notiert, so daß die Beobachtung keinen beweisenden Wert hat. Würde sie durch größeres Material bestätigt, so wäre zum Verständnis in Betracht zu ziehen, daß sie eben vorwiegend bei akuten Fällen vorkommt.

Die verschiedenen Kombinationen katatoner Symptome zeigten uns keinen Einfluß auf die Prognose; doch zersplittern sich hier die Zahlen natürlich sehr stark.

Wir erwarten aber, daß uns das Studium der Genese und des psychologischen Zusammenhanges dieser Symptome neues Licht bringen könne. Negativismus, Mutismus, Stereotypien sind ja Sammelbegriffe ähnlicher Erscheinungen, die verschieden bedingt sind und deshalb verschiedene Bedeutung haben müssen. Es ist z. B. bekannt, daß katatone Symptome als Teilerscheinung eines akuten Anfalles nicht die deletäre Bedeutung haben wie in chronischen Zuständen.

Der Intelligenzzustand vor der Erkrankung kommt wohl nur insofern in Betracht, als die Summation imbeziller und schizophrener Symptome natürlich das Gesamtkrankheitsbild schwerer erscheinen läßt als der entsprechende schizophrene Prozeß allein.

Dagegen scheinen abnorme Charaktere mehr Neigung zu schweren und weniger zu leichten Erkrankungen zu haben als Normale oder Nervöse.

| | Demenz: leicht | mittel | stark |
|---|---|---|---|
| Charakter normal ..... | 64% | 21% | 15% |
| „ auffallend.... | 57% | 16% | 27% |
| „ „nervös“ .... | 70% | 18% | 12% |

Der Begriff „abnormer Charakter“ ist aber ein großer Topf, in dem die verschiedensten Abweichungen vom Normalen Platz haben — namentlich auch latente, chronisch verlaufende Schizophrenien, welch letztere natürlich die Gesamtprognose beeinflussen können.

Das Erkrankungsalter scheint wenig Beziehungen zum Ausgang zu haben. Die Dreißigerjahre sind in unserer Statistik um einige Prozente besser als die andern, die Zeit des Klimakteriums ist nicht besonders gefährlich; dafür sind von den — allerdings bloß 23 — in der Kindheit Erkrankten 48% stark verblödet.

Die körperlichen Symptome sind nur bei besonders darauf geführten Krankengeschichten statistisch zu verwerten; die unsrigen lassen in dieser Beziehung zu wünschen übrig. Es schien mir aber, die katatone Pupillendifferenz hätte eine schlimme Bedeutung, während bloße verschlechterte Reaktion der Pupillen irrelevant sein wird. — Sicher hat der Kräftezustand mit der Prognose keinen Zusammenhang, der sich beim Zusammenwerfen aller Fälle ausdrücken könnte. Ich erinnere aber an die Beziehungen zur Amentiafrage.

Als bekannte prognostische Zeichen möchte ich der Vollständigkeit halber erwähnen: Überwiegen der schizophrenen Symptome bei Mangel

akuter Erscheinungen; Verlust der geistigen Regsamkeit und gemütliche Stumpfheit ohne Benommenheit und andere akute Symptome; Schwinden des Negativismus ohne Besserung der gemütlichen Ansprechbarkeit: Erhöhung des Körpergewichtes ohne psychische Besserung. Alles im Sinne einer Verschlechterung der Prognose.

Anhaltspunkte für eine Prognose quoad Rezidiv[1] kennen wir vorläufig nicht. Es ist ja selbstverständlich, daß das Hinzukommen periodischer oder zyklischer manisch-depressiver Anfälle weitere solche Symptome erwarten läßt[2]). So finden sich unter den Rezidivisten Kranke mit manischem Beginn 8%, unter allen zusammen 5%, während die entsprechenden Werte für melancholischen Beginn 17% und 9% betragen; die übrigen Arten des Beginnes lassen keinen Einfluß auf die Neigung zu Rezidiven erkennen. Sogar diejenigen Fälle, die beim ersten Anstaltsaufenthalt die Verblödung oder die paranoiden Symptome im Vordergrund zeigten, hatten „Remissionen" und rezidivierten so häufig wie andere.

Andererseits läßt sich das Vorkommen psychischer Shocks meist nicht vorausberechnen; und wenn man es voraussehen kann, so ist die Wirkung von einem solchen Gewirre anderer Faktoren mitbedingt, daß eine allgemeine Berücksichtigung psychischer Traumen aus diesem Grunde unmöglich wird.

Die Betrachtung der Anfänge der Krankheit ergibt somit wenig Tröstliches für die Prognosestellung. Ich habe deshalb versucht, von den Endzuständen aus weiter zu kommen. Es standen mir 475 Patienten, über deren Vorgeschichte ich mich genügend orientieren konnte, zur Verfügung; alle sind Anstaltsinsassen von Rheinau[3]) oder Burghölzli.

Bei dem Pflegeanstaltsmaterial habe ich in prognostischer Hinsicht einen qualitativen Unterschied zwischen den Geschlechtern nicht gefunden, während allerdings die Zahl der internierten männlichen und weiblichen Schizophrenen sich nahezu wie 2 : 3 verhält, ohne daß Anstaltsverhältnisse dazu den Grund abgeben würden.

Ferner ist wichtig, sich zu merken, daß nur etwa die Hälfte der in Rheinau befindlichen Kranken die Heilanstalt passiert hat[4]) und sich dort dennoch nicht mehr als 472 Schizophrene befinden, während die Heil-

---

[1]) Unter Rezidiv verstehe ich hier alle neuen Schübe, sowie alle irgendwie bedingten Aufregungszustände, die als besondere Psychose imponieren.

[2]) Es ist noch zu untersuchen, inwiefern solche Anfälle neue Schübe der Krankheit darstellen.

[3]) Herrn Direktor Dr. *Ris* möchte ich auch an dieser Stelle für seine Erlaubnis zur Benutzung des Materials und seine Auskünfte danken.

[4]) Nur 44 Rheinauer Schizophrene, die im Burghölzli waren, sind nicht direkt aus der Heilanstalt in die Pflegeanstalt gekommen.

anstalt jährlich deren wohl 80 entläßt, die Anwartschaft auf durchschnittlich mindestens 25 weitere Lebensjahre [1]) haben, sodaß nach dieser sehr oberflächlichen Schätzung der Lebenschancen, die genauer gemacht zu werden verdiente, wohl sechs Siebentel der Entlassenen sich draußen halten [2]).

Dem entsprechend läßt sich denn auch bei 91% unserer Pflegeanstaltsinsassen das Vorausgehen einer vollen Remission ausschließen. Es handelt sich bei allen entweder um ganz chronische Fälle oder dann um solche, die nach dem ersten akuten Anfall deutlich krank geblieben sind. Auch unter den anderen 9% werden sich noch eine Anzahl solcher Kranken befinden. Diese Feststellung ist wohl das bemerkenswerteste Resultat dieser Untersuchung. Es ist also eine Seltenheit, daß Kranke mit einer guten Remission so stark verblöden, daß sie dauernd anstaltsbedürftig werden. Immerhin wird es nötig sein, auch in dieser Beziehung die verschiedenen Arten akuter Anfangszustände genau auseinander zu halten, weil die Erfahrung der Heilanstalten doch darauf aufmerksam macht, daß einzelne Patienten erst in einem späteren Anfall dauernd verblöden.

In bezug auf den Zusammenhang der Initialerkrankung mit dem Ausgang hat sich ergeben, daß von den Anstaltspatienten mit akutem Beginn nur 24%, von denen mit chronischem Beginn aber 37% relativ leicht verblödet sind, d. h. sich in der Anstalt eine gewisse Haltung und Arbeitsfähigkeit bewahrt haben. Der Unterschied wird nun allerdings geringer, wenn wir von den chronischen Fällen die Paranoiden sensu strictiore und von den akuten die sämtlich schwer verlaufenden Manischen (inkl. Zirkulären), die Katatonien und die akuten Verblödungen abziehen. Immerhin besteht auch dann noch ein Verhältnis von 28% zu 33%, woraus sich ergibt, daß die verschiedenen akuten Fälle als Gesamtheit Neigung zu größerer Schwankungsbreite haben, indem sie sich entweder draußen halten oder dann stark verblöden. Diese Konstatierung bekommt noch mehr Bedeutung, wenn man erwägt, daß 38% der Aufnahmen in die Heilanstalt akut begonnen haben, und daß sie dort zum großen Teil gut verlaufen sind, während die Pflegeanstalt 24% akut beginnende aufweist.

Es ist bemerkenswert, daß die Fälle mit manischem, melancholischem und halluzinatorisch-verwirrtem Beginn in der Pflegeanstalt seltener zu finden sind. Wir treffen unter den Schizophrenen

---

[1]) 55% der Schizophrenen in Rheinau sind über 50 Jahr alt, 85% über 40.

[2]) Unsere Gemeinden versorgen nicht viel Geisteskranke in den Armenhäusern.

| | mit manischem Beginn | mit melancholischem Beginn | mit halluzinatorisch verwirrtem Beginn |
|---|---|---|---|
| in der Pflegeanstalt..... | 1 % | 5 % | 8 % |
| aber unter denen der Heilanstalt..... | 5 % | 9 % | 11 %. |

Zu den Manischen und Melancholischen der Pflegeanstalt sind noch die Zirkulären hinzuzurechnen, die 1 % ausmachen.

Dafür finden wir aus einleuchtenden Gründen primär Verblödete in der Pflegeanstalt 20 % gegen 7 % in der Heilanstalt. Die anderen Initialformen lassen sich wegen der verschieden geführten Krankengeschichten nicht vergleichen.

Wir sehen also auch hier, daß die manisch-depressiven Formen entweder in den anfallsfreien Zeiten sich draußen halten können, oder dann ganz verblöden. Der melancholische Symptomenkomplex hat Tendenz zu einem ähnlichen Verhalten; da dazu aber Zustände verschiedener Genese gezählt werden (Angst!), drückt sich das Verhältnis hier weniger deutlich aus. Die halluzinatorischen Verwirrtheiten gehören zum größten Teil dem schizophrenen Krankheitsprozeß selbst an, daher der noch geringere Unterschied[1]).

Die Prognose der üblichen Untergruppen „Paranoid, Katatonie, Hebephrenie" läßt sich aus dem Pflegeanstaltsmaterial nicht gut bestimmen. Diese Einteilung paßt nicht für die Endzustände der Anstaltspatienten, bei denen meist doch die „Verblödung" im Vordergrunde steht (und nicht besser für diejenigen, die sich draußen halten, deren Signatur Gleichgültigkeit, Bizarrerie, Neigung zu sonderbaren Einfällen, Reizbarkeit oder Wahnideen sind).

Ich habe versucht, Gruppen nach den Anfangszuständen oder Anfangssymptomen zu bilden (vgl. Tabelle. Mehr ins Detail zu gehen, erlaubten die Krankengeschichten nicht).

Die Pflegeanstalts-Patienten nach Beginn und Ausgang.

| Beginn | Männer | | Frauen | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Akute | gut | schlecht | gut | schlecht | gut | schlecht |
| Manie ..... | — | — | — | 5 | — | 5 |
| Melancholie ..... | 3 | 1 | 5 | 16 | 8 | 17 |
| Halluzinationen ..... | 5 | 9 | 7 | 17 | 12 | 26 |
| Katatonie ..... | 1 | 6 | 1 (1) | 13 | 2 (1) | 19 |
| Zirkulär ..... | — | 2 | — (1) | 2 | — (1) | 4 |
| Verblödung ..... | — | 3 | — | 3 | — | 6 |
| Verblödung mit Wahn .. | 1 | 1 | 2 | 7 | 3 | 8 |
| | | Summe der akuten Fälle | | | 25 | 85 |

[1]) Auch *Bertschinger* (die Verblödungspsychosen in der kantonalen zürcherischen Pflegeanstalt Rheinau. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 58)

| Beginn | Männer | | Frauen | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Chronische | gut | schlecht | gut | schlecht | gut | schlecht |
| Nervosität | 1 | — | — | 2 | 1 | 2 |
| Katatonie | — | 5 | 1 | 10 | 1 | 15 |
| Halluzinationen | — | — | 1 | — | 1 | — |
| Verblödung | 18 | 29 | 12 (+2) | 33 | 30 (+2) | 62 |
| Verblödung mit Halluzinationen | 4 | 18 | 5 | 19 | 9 | 37 |
| Verblödung mit Wahn | 18 | 26 | 15 | 46 | 33 | 72 |
| Verblödung mit Wahn u. Halluz. | 8 | 4 | 2 | 19 | 10 | 23 |
| Wahn | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| Paranoid i. eng. Sinn | 18 | 3 | 27 | 10 | 45 | 13 (1) |
| Paranoid in Anfällen | 1 | — | — | 2 | 1 | 2 |
| Summe der chronischen Fälle | | | | | 134 | 229 |
| Summe aller Fälle | | | | | 159 | 314 |
| | | | | | 473 | |
| Davon mit späteren katatonischen Symptomen | 9 | 36 | 5 | 64 | 14 | 100 |

Die eingeklammerten Zahlen beziehen sich auf nicht scharf rubrizierbare Fälle.

Das Resultat ist ein sehr mageres. Erwähnenswert ist nur folgendes: Chronisch oder nachträglich in den Vordergrund kommende katatone Symptomenkomplexe haben eine ganz schlimme prognostische Bedeutung. Während sich unter den leicht Verblödeten 15 solcher Fälle befinden (9%), zählen wir unter den nicht einmal doppelt so zahlreichen Schwerkranken deren 115 (36%)[1]). In Wirklichkeit ist der Unterschied noch viel größer, denn 11 der als leicht krank bezeichneten befinden sich in Neu-Rheinau, wo schwere Fälle viel eher arbeiten und sich sozialer halten können als im Burghölzli oder in Alt-Rheinau; es sind Leute, die nach meiner 22 jährigen Erfahrung in den beiden Anstalten alle oder fast alle an den letzteren Orten als asozial gelten würden. Einer von ihnen hatte zudem die nachträglich einsetzenden katatonen Symptome nur während eines akuten Anfalles. So bleiben nur 4 Fälle (2,5%) übrig. 4 Fälle wollen aber nichts sagen; denn unser Unterscheidungsvermögen für das, was katatonist, und was nur den Anschein eines solchen Symptoms erweckt, ist so gering, daß einige solcher Ausnahmen vorkommen müßten, auch wenn eine bestimmte Klasse von Symptomen mit Sicherheit zu starker Verblödung führte. So möchte ich den Satz *E. Meyers*, daß die lenteszierenden Katatonien eine ganz

findet bei ganz akut beginnenden Formen mit mehreren interkurrenten Heilungen die ganz tiefen Grade der Verblödung. Er hat aber die große Zahl der „geheilt" bleibenden ignorieren müssen.

[1]) 50% der chronischen schwer Verblödeten.

schlimme Prognose haben, auch auf die anders-artig beginnenden Fälle ausdehnen, die im späteren Verlaufe chronisch katatone Symptome zeigen.

Im ganzen haben 43% der in unseren Anstalten hängen gebliebenen Fälle ganz schwerer Verblödung katatone Symptome im Vordergrund gehabt, davon 37% in chronischer Weise, und nur in 6% waren akute Katatonien vorausgegangen. Die Endzustände der akuten Katatonie, die in der Heilanstalt etwa ein Drittel aller Kranken umfaßt, finden sich überhaupt nur selten in der Pflegeanstalt; in meinem Material bilden sie 5% aller Schizophrenen, 1% der gutartigen und 6% der schweren Fälle. Katatonien, die im ganzen Verlauf chronisch gewesen wären, habe ich 3% gefunden und nur eine derselben (von 14) befindet sich in einem leidlichen Zustande. Die Fälle dagegen, in denen erst im späteren Verlaufe in chronischer Weise katatone Symptome aufgetreten sind, machen 24% des Materials aus und rangieren fast alle zu den ganz schweren Verblödungen.

Vielleicht hat es auch eine Bedeutung, daß unter den Fällen, die wegen Halluzinationen und Verblödung zugleich in die Anstalt kommen, nur ein Viertel sich gut halten. Ich sage „vielleicht", weil die Zahlen zu klein sind in Anbetracht der schwierigen Trennung von den anderen Kategorien, wo Verblödung allein oder in Verbindung mit Halluzinationen oder Wahnideen notiert sind.

Sehr deutlich aber hebt sich eine Gruppe heraus, die ich in Ermangelung eines passenden Namens als „Paranoid im engeren Sinne" bezeichne. Es handelt sich um Fälle chronischer halluzinatorischer Paranoia der alten Auffassung, die aber weder manische noch katatone Symptome zeigen, noch so weit die Haltung verlieren, daß sich ihr Benehmen nicht direkt als logische Folge der Wahnideen erklären ließe. Es gehören hierher nicht nur die *Kraepelin*sche Dementia paranoides, sondern auch Fälle, die viel schleichender beginnen, und dann der (in unserem Material fehlende) präsenile Beeinträchtigungswahn und andere ähnliche Formen.

Von diesen Fällen befinden sich 44 unter den relativ gut verlaufenden, während nur 13 zu den schlimmen zählen, und diese 13 sind noch viel zu viel. Sie sind alle in Alt-Rheinau. Dort ist zwar die Arbeitstherapie seit 40 Jahren, d. h. seit Eröffnung der Anstalt, viel besser durchgeführt als in den meisten anderen Anstalten (es ist dies auch für die neueste Zeit noch richtig), aber es ist trotz aller Bemühungen noch nicht gelungen, den mit 450 „Spitalern" in die alten Klosterräume eingezogenen mehrhundertjährigen Spiritus loci der alten Irrenanstalt (und vielleicht auch den des Klosters) ganz auszutreiben. Es ist also dort einem Paranoiden viel eher möglich, sich in seinen Wahnideen zu verpuppen und asozial zu erscheinen oder doch die Arbeit ganz aufzugeben. Ich bin überzeugt, daß die nämlichen Kranken, wenn sie seinerzeit gleich in nur annähernd

so gute Verhältnisse übersiedelt worden wären, wie Neu-Rheinau sie bietet, alle oder doch fast alle jetzt zu den „Guten" zählen würden.

Diese Gruppe so zu charakterisieren, daß man sie von Anfang an erkennen könnte, wäre nun eine dankbare Aufgabe. Es scheint aber, daß es — wenigstens nach unseren jetzigen symptomatologischen Kenntnissen — unmöglich sei. Mit großer Wahrscheinlichkeit kann man hierzu zählen die relativ rasch unter Halluzinationen einen Haufen von konfusen Wahnideen entwickelnden Kranken, die doch ihre Haltung bewahren, und dann diejenigen, die erst jenseits der Vierzigerjahre chronisch oder subakut unter solchen Symptomen erkranken. Notwendig für die Zugehörigkeit zu dieser günstig verlaufenden Klasse ist ferner, daß nicht nur keine katatonen Zeichen vorhanden seien, sondern daß die Kranken nie den Kontakt mit der Umgebung verlieren, nicht in einem Märchen fortleben, das nicht in Beziehung mit der Wirklichkeit gebracht wird, daß sie sich nicht abschließen — wenigstens nicht ohne logischen Grund —, und daß sie eine gewisse Energie behalten. Zu ihnen gehören namentlich auch die Formen, bei denen allgemeine Halluzinationen der Körperempfindungen, Elektrisiertwerden, gemachter Gedankenstillstand, hypnotische Beeinflussungen u. dgl. fehlen oder zurücktreten. Das Umgekehrte allerdings kann man nicht sagen: es gibt unter den gut verlaufenden Fällen viele, die eine Maschine im Kopf hatten oder überall Giftwirkungen spürten.

Sie sehen, ich bin über die *Kraepelin*sche Idee der Dementia paranoides und des präsenilen Beeinträchtigungswahnes kaum hinausgekommen. Ich sage wohl auch nichts Neues, wenn ich hinzufüge, daß in dieser Untergruppe vor den Dreißigerjahren Erkrankte selten sind, daß aber auch bald nach der Pubertät Ergriffene nicht ganz fehlen, ferner, daß *Lugaro* die ansprechende Hypothese aufgestellt hat, daß bei gleich starkem Krankheitsprozeß die älteren Leute mit gefestigten und eingeübten psychischen Mechanismen weniger die Haltung verlieren müssen als die juvenilen Kranken[1]).

Eine scharfe Abgrenzung dieser paranoiden Untergruppe ist deshalb noch nicht möglich, weil es für unser jetziges Wissen eine Menge Übergangsformen gibt; d. h. Fälle, die später anders verlaufen, oder z. B. früher einmal katatone Symptome gezeigt haben, können längere oder kürzere Zeit von diesen Paranoidformen nicht zu unterscheiden sein, so daß man in den ersten Jahren nie sicher ist, ob nicht doch noch andere Symptome auftreten.

Zu einem Versuch, die Richtungsprognose der einzelnen Untergruppen zu bestimmen, konnte ich nur 125 Patienten, die ich noch unter Augen habe, verwerten. Ich rubrizierte die Kranken nach den Anfangs- und Endsymptomen. Wenn man etwas aus den kleinen Zahlen schließen darf, so ist es das, daß die katatonen

[1]) Natürlich könnte es auch so sein, daß viele günstigere Fälle später beginnen.

Formen, wenn sie nicht zu einer Art Heilung kommen, in der Regel katatone bleiben, daß aber katatone Symptome gerne zu allen schweren Verblödungen hinzukommen, ferner, daß die eigentlichen Paranoiden solche bleiben (was übrigens selbstverständlich ist, da wir die mit später auftretenden andern Erscheinungen nicht dazu zählen); aber auch eine Anzahl „verdächtiger" Paranoider behielt dauernd die paranoiden Symptome im Vordergrund, während andere, mit ganz paranoiden Wahnideen beginnende Krankheiten später deutlich katatonisch geworden sind. Diese letzteren hatten aber alle von Anfang an etwas Steifes in Haltung und Gedankengang, waren nie so beweglich wie die eigentlichen Paranoiden im engeren Sinne. Alle acht sind Frauen, was nach meinen sonstigen Erfahrungen nicht ganz zufällig sein wird [1]). Um andere Geschlechtsunterschiede herauszufinden, ist das Material viel zu klein.

*Kraepelin* hat die Vermutung ausgesprochen, daß der Ausgang mit ein Charakteristikum natürlicher Untergruppen sei. In bezug auf die Art und die Richtung des Verlaufes ist das selbstverständlich zutreffend, wenn es überhaupt natürliche Untergruppen in der Dementia praecox gibt. Es braucht aber nicht richtig zu sein quoad Grad der Verblödung und k a n n nicht richtig sein, wenn es wahr ist, daß die meisten oder alle Schizophrenieformen in jedem Stadium Halt machen können. Wer das vergißt, wird Gefahr laufen, die Streckenprognose mit der Gruppenprognose zu verwechseln. Es gibt z. B. Fälle mit Wahnideen im Vordergrund, die sich aber bei genauem Zusehen deutlich von unseren „Paranoiden im eigentlichen Sinne" unterscheiden: sie haben wenig Energie und Konsequenz, behalten die Ideen möglichst für sich, ziehen sich zurück; man hat geringen Rapport mit ihnen; sie sind steif im Denken und Handeln. Man bekommt den bestimmten Eindruck, daß eine ganz leichte Steigerung der Krankheit sie zu chronischen Katatonikern stempeln würde, während sie jetzt unter der Flagge des Paranoids im weiteren Sinne segeln. Es sind das also nach unserer Auffassung eigentlich Katatonien, die stille stehen, bevor es zur Ausbildung schwererer Symptome gekommen ist. Viele solche Fälle werden denn auch mit der Zeit wirklich katatonisch.

---

[1]) Unter den katatonisch beginnenden Pflegeanstaltspatienten waren 12 Männer und 26 Frauen; dazu sind 45 Männer und 69 Frauen später katatonisch geworden. In Summa haben 30 % der Männer und 33 % der Frauen katatone Symptome im Vordergrund. In der Heilanstalt bilden die katatonen Formen 25 % der männlichen Schizophrenen, aber 42 % der weiblichen. Frauen haben also in den akuten Formen eine größere Tendenz zur Entwicklung katatoner Erscheinungen, während sich bei den Pflegeanstaltspatienten der Unterschied ausgleicht. Ich möchte noch hinzufügen, daß von den einzelnen Symptomen der Negativismus überhaupt viel häufiger bei Frauen erscheint — wenigstens den männlichen Ärzten gegenüber.

In diesem Sinne muß es leichte Verblödungen bei jeder oder doch den meisten der bisherigen Untergruppen geben. Bei jeder derselben können aber auch schwerere vorkommen. Nur erscheinen uns diejenigen Fälle weniger schwer, deren Richtung nicht zu einer Abschließung nach außen führt, so daß sie eine gewisse soziale Haltung, manchmal gepaart mit Arbeitsfähigkeit, behalten. Letzteres trotz weiterem Fortschreiten anderer Symptome; gibt es doch voll arbeitsfähige Kranke, die in monatelangem Schwatzen keinen vernünftigen Satz sagen können.

Über die Ursachen dieser verschiedenen Krankheitsarten und über ihr Verhältnis zueinander ins Klare zu kommen, muß leider gänzlich zukünftigen Forschungen überlassen werden.

Die *Kraepelin*sche Voraussetzung möchte ich auch deshalb nicht aufrecht erhalten, weil psychische Einflüsse definitive Verschlimmerungen so gut wie „Heilungen" bewirken können. In solchen Fällen ist also der Ausgang etwas rein Zufälliges.

So konnte ich die Hoffnung *Kraepelin*s, durch das Studium der Prognose abgrenzbare Krankheitstypen zu finden, so wenig erfüllen, wie die vielen Berufeneren, die sich seit Jahrzehnten mit der Aufgabe beschäftigt haben. Ich glaube, daß man es aufgeben sollte, mit den jetzigen Mitteln und Betrachtungsweisen nach Krankheitsbildern innerhalb der Dementia praecox zu suchen.

Ich habe dazu noch andere Gründe:

Die chronischen katatonen Symptome sind ein Zeichen schlechter Prognose. Sie treten gleichmäßig nach den verschiedensten Arten des Beginnes auf. Sie sind also unter keinen Umständen zu einer Klassifizierung zu benutzen. Dafür kann man sie als ein Zeichen stärkerer Hirnaffektion betrachten[1]).

Umgekehrt kann es mit dem Paranoid im engeren Sinne sein. Wir sehen davon nicht unterscheidbare Erscheinungen im Anfang verschieden verlaufender Krankheitsformen; so daß der Übergang zu andern Typen als eine bloß quantitative Verschlimmerung des Krankheitsverlaufes erscheinen muß. Es sind also, wie oben ausgeführt, diese Paranoide möglicherweise nichts als leichtere Fälle, die durch zufälliges Zusammenwirken von Komplexen, Erlebnissen und bestimmter Charaktereigenschaften zur Produktion von Wahnideen veranlaßt worden sind.

So kann ein Teil unserer bisherigen Untergruppen rein quantitative Bedeutung haben.

Es scheint mir ferner unwahrscheinlich, daß unter allen Umständen die Prognose des Verblödungsgrades ein integrierender Bestandteil des Gruppenbegriffes werde. Bei so vielen anderen Krankheiten ist es einfach

---

[1]) Vielleicht muß in diesem Zusammenhang auch erwähnt werden, daß sie bei Paralyse und Dementia senilis gelegentlich zu finden sind.

unmöglich vorauszubestimmen, wie weit der einzelne Schub fortschreitet, und ob ihm weitere Schübe folgen werden. Wir können ja nicht voraussagen, wie weit eine beginnende Pneumonie fortschreiten, und wie viele Rezidive einem Gelenkrheumatismus folgen werden. — Diese Erkenntnis darf uns nicht entmutigen, auf anderem Wege zu suchen; und nachdem ich gezeigt habe, wie man es nicht mehr machen soll, möchte ich mir erlauben, Sie auf einige Gesichtspunkte aufmerksam zu machen, die zu neuen Fragestellungen führen.

Zunächst sollte man betonen, daß die Prognose nicht nur von der Krankheit, die wir nach dem Symptomenkomplex diagnostizieren und benennen, abhängig ist, sondern daß sie bedingt ist durch eine große Anzahl anderer Faktoren, deren Wirkungen sich vielfach durchkreuzen und kompensieren. Wir müssen uns deshalb entschließen, die einzelnen Faktoren und ihre Einflüsse gesondert zu betrachten.

In dem Begriff der Prognose selbst stecken mancherlei verschiedene Unterbegriffe. Speziell bei der Dementia praecox kommen zunächst in Betracht:

Wird der Kranke verblöden?

In welcher Weise wird er verblöden? (in hebephrener, katatoner, paranoider Weise?)

Wie weit wird die Verblödung fortschreiten?

Wie schnell wird sie fortschreiten?

Werden sich Symptome zurückbilden? welche? wie weit? wie schnell?

Sind Rezidive oder neue Schübe zu erwarten? Wann?

Auf den Unterschied der General- und Spezialprognose will ich hier nur aufmerksam machen.

Es sollte aber eine Generalprognose nicht nur für die *ganze* Krankheit, sondern auch für jede Untergruppe geben. Wäre die Auffassung richtig, daß jede Gruppe ihre genau definierte Prognose hätte, so enthielte die Generalprognose der Gruppe auch die Spezialprognose. Leider trifft die Voraussetzung bis jetzt nur insofern zu, als eine akute Verblödung und eine chronische Katatonie, die einmal ausgesprochen sind, sich nicht mehr weit zurückbilden. In allen anderen Fällen ist die Generalprognose der Untergruppe gerade so wenig bestimmt wie die der ganzen Krankheit.

Gibt es wirklich natürliche Untergruppen der Schizophrenie, so sollte auch eine Gruppenprognose in dem Sinne ausgebildet werden, daß man beim Beginne sagen könnte, welcher der Gruppen die spezielle Psychose im späteren Verlauf angehören wird. Diesem Bedürfnis kann aber unsere Einteilung, die eine künstliche ist, nicht gerecht werden. Bei allen Initialformen können sich später katatone Symptome vordrängen, während allerdings umgekehrt Katatonien, so weit sie nicht als akute Erscheinungen vorübergehend sind, die Neigung haben, solche zu bleiben. Ebenso behalten

die Dementia paranoides (*Kraepelin*) und der präsenile Beeinträchtigungswahn ihren Charakter. Das kommt aber zum Teil nur davon her, daß wir die Fälle, die den Charakter wechseln, nicht mehr zu diesen Formen zählen. Wir wissen also über die Gruppenprognose in diesem Sinne noch nichts. Sie wird einmal wichtig werden, wenn innerhalb der Hauptgruppe einzelne spezielle Krankheiten abgegrenzt werden können.

Die Generalprognose der Dementia praecox ist jedem, der den von *Kraepelin* geschaffenen Begriff erfaßt hat, klar. Sie bestimmt bloß das Qualitative, die Richtung auf einen spezifisch gearteten Zustand hin, den wir mit dem unklaren und viel zu allgemeinen Namen der Verblödung [1]) bezeichnen. Wie groß die Strecke ist, die vom Krankheitsprozeß zurückgelegt wird, wie stark also die schließliche Verblödung sein wird, sagt die Generalprognose nicht [2]). Sie läßt dem einzelnen Falle einen weiten Spielraum, so daß die Spezialprognose bei dieser Krankheit von ungewöhnlicher Wichtigkeit ist.

Mit ihr fällt bei unserem jetzigen Wissen zusammen die Streckenprognose, die uns sagen sollte, eine wie große Strecke die Krankheit auf ihrem Wege zur spezifischen Verblödung zurücklegen wird. Diese quantitative Streckenprognose kann nicht scharf genug getrennt werden von der qualitativen Richtungsprognose. Sie muß natürlich ebenso gut bei den einzelnen Untergruppen in Betracht gezogen werden, wie bei der ganzen Krankheit. Für die Streckenprognose der Dementia praecox gilt jetzt noch das, was *Kahlbaum* seinerzeit für seine Katatonie festgestellt hat: Der Prozeß kann in jedem Stadium Halt machen. Er kann aber auch in jedem Stadium wieder weiter schreiten.

Wer sich das klar gemacht hat, dem wird die viel umstrittene Frage der Heilungsfähigkeit der Dementia praecox weniger bedeutungsvoll erscheinen. Macht die Dementia praecox früh Halt, so mag der Patient nicht nur dem Laien, sondern auch manchem Psychiater als geheilt erscheinen; jedenfalls können viele im sozialen Sinne als geheilt betrachtet werden.

Hat kein akuter Anfall die Krankheit manifest gemacht, so müssen solche Fälle latent bleiben. Latente Schizophrenien sind offenbar sehr häufig, wenn man nach den Fällen schließen darf, die nur zufällig durch

---

[1]) Bei der Abgrenzung von gewissen anderen Psychosen, besonders dem manisch-depressiven Irresein, das nicht zu einer Verblödung führt, hat die Verblödungstendenz an sich, nicht nur die spezifische Art der Verblödung, ihre Bedeutung. In unserem Zusammenhang kommt das nicht in Betracht.

[2]) Das muß leider immer wieder betont werden gegenüber dem Mißverständnis, das in dem hohen Grad der Verblödung, in dem „schlimmen Ausgang", ein Charakteristikum der Krankheit sieht.

eine von außen ausgelöste, vorübergehende Aufregung einmal für kurze Zeit in die Anstalt kommen, oder die man in der Sprechstunde oder im Leben kennen lernt. Auch die große Zahl der Schizophrenen, die nach einem Anstaltsaufenthalt wieder heiraten und überhaupt als gesund gelten, weist mit Sicherheit darauf hin. Viele der *Magnan*schen Dégénérés wie der paranoid Veranlagten anderer Autoren sind nach unserer Auffassung verkannte Schizophrene.

Es steht nun im Belieben des einzelnen, diese anhaltenden Besserungen, die den Kranken fähig machen, sein früheres Leben fortzuführen, als Heilungen aufzufassen oder nicht. Dieses Belieben ist von vielen Faktoren abhängig. Einer der wichtigsten ist die Zeit, die der Arzt zur Verfügung hat, um den Abgangsstatus genau festzustellen; die anderen verstehen sich von selbst.

Meine Erfahrungen allerdings führen mich in Übereinstimmung mit *Aschaffenburg* zu der Ansicht, daß es keine Heilung der Schizophrenie im Sinne einer Restitutio ad integrum gibt. Obschon die große Mehrzahl der Schizophrenen, die einmal die Anstalt passiert haben, dauernd draußen lebt und zum großen Teil als gesund gilt, habe ich folgende Gründe zu dieser Ansicht:

So oft ich eine von andern diagnostizierte Heilung nachprüfen konnte, fand ich noch Residuen der Krankheit. Manchmal machte diese Heilungsdiagnose geradezu den Eindruck eines schlechten Witzes, indem die Entlassenen, ohne daß sie sich verändert hätten, schleunigst wieder in eine Anstalt gebracht werden mußten.

Ich selber habe noch keinen Fall behandelt, der sich zur Zeit der Entlassung oder einer späteren Vorstellung bei genauer Untersuchung ganz frei von Zeichen der Krankheit gezeigt hätte. Auch bei den Katamnesen, die ich durch die Organe unseres Hilfsvereins aufnehmen lasse, habe ich noch nie von einem Fall erfahren, bei dem eine Heilung im strengen Sinne wahrscheinlich war. Das ist sehr auffallend; denn auch dann, wenn eine Anzahl von Kranken zu finden wäre, bei denen man die Krankheit nicht mehr nachweisen könnte, so würde das bei dem jetzigen Stand unserer Untersuchungsmethoden noch gar nichts gegen die Unheilbarkeit der Krankheit sprechen.

Ich kenne allerdings noch Patienten, die im Leben ganz Hervorragendes leisten, ohne daß ich Heilung annehmen müßte. Kaufleute, die selbständig ein größeres Geschäft in die Höhe bringen, Beamte, Pfarrer, einen Dichter, einen Gelehrten von Weltruf, der zwei Anfälle von Katatonie durchgemacht hat, der vor kurzem wieder eine wissenschaftliche Arbeit mit der ihm eigenen Schärfe geschrieben hat, und mit dem über wissenschaftliche Dinge zu reden ein hohes Vergnügen war, auch als er noch an eigentlichen Wahnideen litt. Als ich ihn aber zuletzt als durchaus arbeitsfähig sah, machte er die gröbsten logischen Fehler, wenn man mit ihm über die Komplexe sprach, die in seiner Krankheit eine Rolle gespielt

hatten. Eine eigentliche Heilung möchte ich es nun nicht nennen, wenn durch die Krankheit bestimmte Ideenkomplexe dauernd von der Logik abgespalten werden. — Ich begreife aber, daß Ärzte, die nicht nach solchen Dingen suchen, eine Menge Heilungen feststellen.

Ein fernerer Grund, die Unheilbarkeit der Krankheit anzunehmen, liegt darin, daß man in den meisten Anstaltsfällen mit chronischem Verlauf ein ganz leises, aber konstantes Zunehmen der Verblödung konstatieren kann, das nicht wohl psychisch zu erklären ist, daß die akuten Fälle so gerne rezidivieren, und daß bei allen Formen die Neigung, auf Schädlichkeiten, wie Alkohol und affektive Reizungen, in abnormer Weise zu reagieren, so häufig bestehen bleibt.

Auf psychischem Gebiet sehen wir, daß bei einer Exacerbation regelmäßig die im früheren Anfall entwickelten Ideen in irgend einer Form aufgenommen werden; auch das zeigt, daß psychische Relikte der Krankheit nicht ganz überwunden werden konnten.

Man sollte nach dieser Auffassung von Schüben der Dementia praecox und nicht von Rezidiven reden, wenn es sich um ein neues Aufflackern des Krankheitsprozesses handelt. Immerhin ist das Wort Rezidiv im uneigentlichen Sinne noch sehr bequem als allgemeine Bezeichnung der akuten Erscheinungen, die ja nicht alle die Dignität von Schüben haben.

Die Streckenprognose. Ist es auch für absehbare Zeit ziemlich hoffnungslos, nach Anhaltspunkten für eine genauere Prognose quoad Quantität der Verblödung zu suchen, so ist es doch notwendig, sich die Faktoren klar zu machen, aus denen sich die Streckenprognose zusammensetzt.

Von Bedeutung müssen natürlich die unbekannten persönlichen Eigenschaften sein, die man unter dem Namen Disposition zusammenfaßt. Wir haben indes gesehen, daß Heredität und Kräftezustand, die einzigen Komponenten der Disposition, die wir zurzeit fassen können, für die Prognose irrelevant sind. Die anderen Faktoren sind noch zu suchen.

Ob die Streckenprognose abhängig ist von der Unterform der Krankheit, wissen wir, wie angeführt, noch nicht. Sicher aber kommen zufällige äußere Einflüsse in Betracht. Der Kranke, der aus Neigung oder gezwungen ein unregelmäßiges Leben führt, das ihn vielen Gemütsbewegungen aussetzt, hat ceteris paribus mehr Chance wieder zu erkranken als ein ruhig Lebender. In zweien meiner Fälle hat sich die definitive Wiedererkrankung an zufällige Begegnung mit dem früheren Geliebten angeschlossen. Es ist mir auch unzweifelhaft, daß die Behandlung sehr viel ausmacht. Je früher die Kranken dem normalen Leben wieder gegeben werden, je weniger man sie sich in ihre Ideen einspinnen läßt, um so eher bleiben sie sozial tüchtig.

Daß Entbehrungen und Ausschweifungen an sich die Prognose verschlechtern, habe ich noch nicht gesehen; ebenso wirkt

der Alkohol nur indirekt deletär, indem er auch leichte Schizophrenien auf seine verschiedenen Weisen in der Gesellschaft unmöglich macht.

Soll die Streckenprognose nicht nur den Ausgang des aktuellen Anfalles, sondern die ganze Zukunft des Patienten betreffen, so hat sie auch mit der Neigung zu neuen Schüben (Rezidiven) zu rechnen.

Alle diese Faktoren sind aber erst im einzelnen zu erforschen. Statt der Streckenprognose müssen wir zunächst versuchen, eine genaue Diagnose des Verblödungsgrades, oder mit anderen Worten der nicht mehr rückbildungsfähigen Zustände zu machen.

Das ist nun nicht so leicht. Wer meint, durch eine „Intelligenzprüfung" von einigen Stunden oder auch Tagen einen schizophrenen Blödsinn zu diagnostizieren oder auszuschließen oder gar graduell zu bestimmen, der muß eine total andere Idee von der Dementia praecox haben als die *Kraepelin*sche Schule. Man geht vor, wie wenn das, was der Kranke früher gewußt und verstanden hat, verloren ginge; man vergißt gänzlich, daß sich überhaupt auf einem zeitlichen Querschnitt diese Art Blödsinn gar nicht darstellen läßt. Was wir so nennen, kann ja zeitlich innerhalb maximaler Grenzen schwanken. Namentlich haben äußere Umstände oft ausschlaggebenden Einfluß; der gleiche Kranke, der sich in der Anstalt total blödsinnig oder widersinnig benimmt, kann zu Hause auf einmal an allen Arbeiten teilnehmen und den Verwandten in allen Beziehungen gesund erscheinen. Der Patient kann einen absoluten logischen Defekt zeigen, wenn es sich darum handelt, seine Stellung zu der Umgebung zu erfassen. Gar nicht selten ist er außerstande, den einfachen Schluß zu ziehen: „wenn ich mich in der Anstalt asozial benehme, so kann man mich nicht entlassen", obgleich ihm die Materialien zu dem Schlusse täglich geboten werden und er die einzelnen Elemente so gut erfaßt wie ein Gesunder. Er glaubt im Gegenteil zu seiner schlechten Aufführung einen guten Grund zu haben gerade in dem Bestreben aus der Anstalt fortzukommen. Der gleiche Kranke kann aber eine wohlgesetzte stündige Rede halten, in der er die meisten seiner Zuhörer von seiner Gesundheit überzeugt, in der er sehr berechnet alles wegläßt, was seiner Absicht widerspricht, und nach Belieben hinzudichtet oder hinzudreht, was für ihn günstig ist; er kann komplizierte Arbeiten ausführen, ein Schulwissen haben, um das der Arzt ihn beneiden kann, und dasselbe noch verstehen und richtig anwenden; er kann raffinierte Fluchtpläne machen, durch Betrug ganz gescheite Leute hinters Licht führen usw. Er kann zu einer bestimmten Zeit alles einsehen, was man ihm begreiflich machen will, um eine Stunde oder auch einige Sekunden später in den gleichen Dingen absolut verständnislos zu sein. Er kann über sein Leben eine Zeit lang ausgezeichnet erzählen und dann bei einem bestimmten Punkte eine Sperrung bekommen und nun blödsinnig erscheinen. Der Schizophrene ist eben nicht blödsinnig schlechthin, sondern er ist blödsinnig

mit Bezug auf bestimmte Fragen, auf bestimmte Zeiten, auf bestimmte Komplexe.

Von jeher war man bemüht, in akuten Zuständen die Diagnose der eintretenden Verblödung möglichst früh zu machen, und hat einige ganz brauchbare empirische Regeln gefunden, mit denen man aber nicht weiter kommen kann. Von unserem Standpunkte aus betrachtet sieht das Problem folgendermaßen aus: Die Syndrome, die wir akut nennen, bilden sich zurück. Es sind zum Teil solche, die einen gewissen Schluß auf die Art und Stärke des schizophrenen Prozesses zulassen, wie gewisse Assoziationsstörungen, zum andern Teil aber Erscheinungen, die auch bei andern Erkrankungen vorkommen und weder auf die Art des Prozesses noch auf seine Stärke schließen lassen, so die manischen und depressiven Symptome. Unsere Aufgabe ist also, hinter den allgemeinen Erscheinungen das Schizophrene herauszufinden und dann aus diesen Symptomen wieder diejenigen dem Grade nach zu schätzen, die mit Wahrscheinlichkeit oder mit Sicherheit bestehen bleiben.

Bei den Anfällen mit manischem und den meisten mit melancholischem Charakter ist es ziemlich leicht, die spezifischen Symptome der Schizophrenie, die Störung der Assoziationen und die der Affektivität zu sehen; je ausgesprochener diese sind, um so schlimmer die Prognose, denn gerade diese Störungen bilden sich am wenigsten zurück. Auch die katatonen Symptome haben die Bedeutung, daß sie uns hinter der Affektschwankung einen schizophrenen Prozeß anzeigen, der im großen und ganzen um so gefährlicher ist, als diese Erscheinungen ausgesprochener sind. Doch muß man hier schon vorsichtiger sein mit den Schlüssen, da sie sich, so lange die Krankheit akuten Charakter hat, gewöhnlich zurückbilden, und da wenigstens die melancholischen Zustände verschiedene Bedeutung haben [1]).

Auch in den Dämmerzuständen kommt es darauf an, die eigentlich schizophrenen Symptome zu schätzen und darnach die Prognose zu stellen. Man darf aber nicht vergessen, daß bis zum Ablauf des akuten Syndroms die Schizophrenie Fortschritte machen kann, so daß nur die Konstatierung ausgesprochener Verblödungssymptome der Prognose eine größere Sicherheit gibt, während eine günstige Prognose immer durch den Ausgang umgestoßen werden kann.

Schwieriger gestaltet sich diese Abschätzung bei den anderen akuten Zuständen. Vollständige Verwirrung und Stupor lassen sich eben meist

[1]) In neuerer Zeit sagt man, daß die katatonen Symptome beim manisch-depressiven Irresein häufig seien. Ich habe bei dieser Krankheit bis jetzt noch kein Symptom beobachtet, das auch nach der Analyse im gleichen Sinne kataton gewesen wäre wie diejenigen bei der Schizophrenie. Vielleicht kommt das davon her, daß wir in den letzten Jahren ausnahmsweise wenig manisch-depressive Patienten zu sehen bekamen.

schwer analysieren; doch bleiben ja solche Syndrome selten ganz beständig auf dem Maximum; dann geben etwas klarere Zeiten Anhaltspunkte. Maßgebend ist hier das Verhältnis der schizophrenen Symptome zu den andern. Je stärker die Verwirrung oder der Stupor ist, um so weniger haben die katatonen und schizophrenen Symptome zu bedeuten. Sind sie in die Augen fallend auch bei anscheinender Klarheit, so ist der Grundzustand weiter fortgeschritten; doch gilt dies natürlich nur ceteris paribus.

In den chronischen Zuständen ist potentia eine weitgehende Besserung immer möglich. Eine Versetzung z. B., die ein dutzendmal wirkungslos war, kann beim dreizehnten Mal eine Art Heilung herbeiführen. Daran, daß diese Tatsache meist nicht beachtet wurde, scheiterten zum großen Teil die bisherigen Bestrebungen, gute prognostische Gesichtspunkte zu gewinnen. Allerdings tritt eine weitgehende Besserung in Wirklichkeit selten ein, wenn die affektive Verblödung und der Abschluß gegen die Außenwelt einmal einen höheren Grad erreicht haben. Doch habe ich mit kaum einer unserer Aufnahmen der letzten 10 Jahre den Rapport verloren, so daß ich bei Versetzungen in die Pflegeanstalt niemals ein gewisses Bedauern unterdrücken kann, daß die doch noch zu erwartende Besserung nicht bei uns erzielt werden konnte.

Sie sehen, ich bin noch kaum weitergekommen als jeder von Ihnen. Wir werden aber klarer werden, wenn wir uns entschließen, die pathologische und damit die prognostische Bedeutung der einzelnen Symptome zu studieren. Vor allem müssen wir nach einer Unterscheidung streben zwischen den primären Symptomen, die dem Krankheitsprozeß angehören, und den sekundären, die erst durch Reaktion der kranken Psyche auf die Einflüsse der Umgebung und auf die eigenen Strebungen entstehen.

Eine Osteoporose kann sehr weit vorgeschritten sein, ohne Symptome zu machen, bis ein Trauma hinzukommt. Die eigentliche Krankheit und damit das Schwergewicht der Prognose liegt in der Knochenbrüchigkeit, die je nach äußeren Umständen Symptome machen kann oder nicht. Allerdings kann man aus dem Verhältnis der Symptome zu der Stärke ihrer Anlässe manchmal auf die Intensität der Erkrankung schließen — aber nicht immer. Ein starkes Trauma kann auch einen normalen Knochen brechen. Die Knochenbrüchigkeit ist das primäre Symptom, der Bruch bei leichtem Trauma das sekundäre. Ebenso ist eine Abduzenslähmung ein primäres Symptom; die Internuskontraktur und das Vorbeigreifen sind sekundäre Symptome. Die letzteren haben mit der Prognose der Krankheit nichts zu tun. Sie sind abhängig von Umständen, die gar nicht in der Krankheit liegen, z. B. davon, ob beide Augen, oder nur eines, oder keines bedeckt werde.

Um analoge Unterschiede in den Erscheinungsweisen der Schizo-

phrenie zu finden, besitzen wir bereits einige Anhaltspunkte: es gibt Symptome, die ausgelöst werden durch äußere Einflüsse; so die Schimpf- und Wutanfälle, die rein psychische Reaktionen des Kranken auf äußere Einflüsse sind, auch wenn sie längere Zeit dauern und mit Halluzinationen einhergehen. Gleiche Bedeutung haben die hysteriformen Dämmerzustände (mit Einschluß des *Ganser*schen Symptomenkomplexes). Da handelt es sich um einen Wunsch- oder Befürchtungstraum im Wachen, wie er durch affektive Ereignisse auch bei Hysterischen und anderen nicht Verblödenden mit labilem Nervensystem ausgelöst werden kann. Eine solche Patientin entwickelt z. B. in ihren Halluzinationen und Wahnideen Liebschaft, Heirat, Ehe, Gravidität und Mutterschaft. Dieser Traum ist nicht die Krankheit, sondern ein Zeichen der Krankheit, das durch bestimmte äußere und innere Verhältnisse ausgelöst werden muß. So kommt es, daß die Dämmerzustände eine sehr gute Prognose haben. Von 18 unserer Fälle ist nur ein einziger nicht ungefähr auf den früheren Stand zurückgekommen. Es handelt sich hier eben nicht um Krankheitsschübe, sondern um zufällige Episoden.

Es ist überhaupt selbstverständlich, daß der Krankheitsprozeß nicht die komplizierten, psychischen Symptome hervorbringt, die wir in erster Linie zu betrachten gewohnt sind. In ihm kann es nicht liegen, daß diese und jene Wahnidee, diese und jene Halluzination entsteht. Er kann nur gewisse elementare Störungen der Psyche schaffen, auf denen unter Mitwirkung auslösender und determinierender Ursachen Halluzinationen und Wahnideen entstehen. Es ist nicht der Krankheitsprozeß, der eine Kranke während langer Zeit unerträgliche Schmerzen im Unterleib empfinden läßt, sondern die Furcht und schließlich die Überzeugung gravid zu sein, die das bewirkt, nachdem die latent schizophrene, aber bis dahin ganz arbeitsfähige Witwe sich mit einem Nachbar vergangen hat. Die Schmerzen sind also eine Reaktion der kranken Psyche auf gewisse affektive Ereignisse und haben mit dem Krankheitsprozeß und also auch mit der Prognose nichts zu tun. In gleicher Weise ist das ganze Verhalten der Kranken, ob sie sich abschließen, ob sie arbeiten oder nicht, ob sie schmieren und vieles andere, im wesentlichen nicht primäres Krankheitssymptom, sondern Resultante einer Menge psychischer Vorgänge und äußerer Einflüsse.

Von der Abschließung wissen wir alle, wie launenhaft sie oft ist: die Kranken erscheinen gegenüber den einen Personen oder an den einen Orten ganz in sich eingesponnen, unter andern Umständen können sie sich aber wie Normale benehmen.

Den auffallendsten Beweis für die Auffassung, daß auch das, was man Blödsinn nennt, in der Hauptsache ein sekundäres Symptom ist, liefern die plötzlichen Besserungen anscheinend aussichtsloser Fälle bei psychischen Einwirkungen.

Als ich eine Anstalt übernahm, fand ich eine Patientin in einer Zelle, deren Türe wegen der Gefährlichkeit der Kranken nicht geöffnet

werden durfte, außer wenn vier Wärterinnen zugegen waren. Zur Weihnachtsfeier genommen hielt sich die Patientin tadellos; am Berchtoldstage produzierte sie sich mit Couplets, und nach einigen Monaten konnte man sie arbeitsfähig entlassen. Sie hat sich seit vielen Jahren draußen gehalten. Die ganze Gefährlichkeit war nicht direkte Folge der Gehirnkrankheit, sondern Reaktion auf die Vorsicht, resp. den Zwang der Umgebung. — Eine andere Kranke hatte sich während eines leichten melancholischen Stadiums in die Idee hineingearbeitet, sich das Leben zu nehmen und machte Tag und Nacht beständig Anstrengungen, sich zu verletzen, trotzdem alles versucht wurde, was man in solchen Fällen versuchen kann, mit Ausnahme des hier zu gefährlichen Ignorierens. Schließlich wandte man den Bettgurt an, mit dem Effekt, daß die Patientin sich ergab, sobald sie eingesehen hatte, daß nun jeder Versuch unnütz sei; nach wenigen Tagen konnte sie entlassen werden und bekam später von uns sogar das Zeugnis der Handlungsfähigkeit.

Zu den sekundären Symptomen rechne ich auch die affektive Verblödung[1]). Ich weiß mich da aber im Gegensatz zu den meisten Kollegen und kann hinzufügen, daß sich die Affektanomalie nicht gerade häufig zurückbildet, wenn sie in chronischen Fällen sehr ausgesprochen ist. Unter bestimmten Umständen, z. B. wenn man auf die Komplexe des Kranken stößt, oder wenn die Dementia senilis die Schizophrenie kompliziert, können die Affekte nach vieljährigem vollständigem Darniederliegen auf einmal zum Vorschein kommen. Eine nur annähernd so weitgehende Wiederherstellung primär gestörter assoziativer Funktionen habe ich noch nie konstatieren können.

Auch die katatonen Symptome, wenigstens die motorischen, galten meist als primäre Symptome. Ich glaube nicht, daß das im vollen Umfange richtig ist. Eine bestimmte Stereotypie ist z. B. das abgekürzte Symbol für einen Geliebten. Wäre der Geliebte nicht, so könnte auch die Stereotypie nicht da sein. Es muß also prognostisch gleichwertige Fälle geben, die die Stereotypie nicht haben. Eine prognostische Bedeutung kann somit nicht die Stereotypie haben, sondern nur die Disposition, auf der die Stereotypie entsteht.

Sogar die kataleptischen Erscheinungen halte ich nicht für rein primäre Symptome, sie können sich ja unter psychischen Einflüssen restlos lösen und wieder bilden. Vom Negativismus, Mutismus, der Befehlsautomatie nicht zu reden, die ganz verschiedene Genesen haben können.

Eigentlich körperliche Symptome sind wohl die fibrillären Zuckungen, die Steigerung der idiomuskulären Erregbarkeit, die Pupillenungleichheit. Sie gehören wohl zu den primären Symptomen und es

[1]) Vgl. *Jung*, Über die Psychologie der Dementia praecox. Marhold. Halle 1907. — *Bleuler*, Affektivität usw. Marhold. Halle 1906.

lohnte sich, sie als direktes Zeichen der Affektion des Nervensystems eingehender zu studieren.

Die andern körperlichen Symptome verstehen wir noch viel weniger: Die Störungen des Vasomotorius sind jedenfalls etwas sehr Kompliziertes und haben verschiedene Genesen. Ähnlich wird es sein mit den Anomalien der Ernährung, der Sekretionen, der Temperatur, der Menstruation. Die Ödeme kommen auch in früheren Stadien unabhängig von Haltungsstereotypien vor. Steigen des Körpergewichts ohne psychische Besserung unterscheidet die Krankheit vom manisch-depressiven Irresein. Die Steigerung der tiefen Reflexe hat die Krankheit mit vielen funktionellen und organischen Störungen gemein. Ebenso die Schlafstörung und die nervösen Symptome, wie das Kopfweh. Alle diese Erscheinungen sind vorübergehend, mit Ausnahme der idiomuskulären und reflektorischen Übererregbarkeit und des Tremors.

Eine ganz besondere Stellung nehmen Symptome ein, die wir sonst als Zeichen einer Infektion zu deuten pflegen: belegte trockene Zunge, Fuligo, Darniederliegen des Appetites, rasche Abnahme des Körpergewichtes und der Kräfte, oft mit auffallendem grobem Tremor. Im Zusammenhang damit müssen wir auch die Blutbefunde nennen (*Bruce*), die allerdings noch sehr der Nachprüfung bedürfen.

Auf psychischem Gebiete erscheint das Elementarste, was wir bis jetzt gefunden, die Alteration der Assoziationen zu sein: es ist in der Schizophrenie, wie wenn die physiologischen Hemmungen und Bahnungen ihre Bedeutung verlören; die gewohnten richtigen Bahnen werden nicht mehr so bevorzugt, dafür verliert sich der Ideengang sehr leicht in ganz ungewohnte und unrichtige Wege. So wird die Leitung der Assoziationen manchen zufälligen Einflüssen, vor allem aber den Affekten überlassen, was einen partiellen oder totalen Verlust der logischen Funktion bedeutet.

In akuten Zuständen kommt es geradezu zu einem Zerreißen der Assoziationen in kleine Bruchstücke, so daß trotz beständiger psychischer und motorischer Erregung jedwedes Handeln unmöglich ist, weil kein Gedanke ausgedacht wird, und weil eine Menge sich widersprechender Antriebe nebeneinander bestehen und die Synthese unter einem einheitlichen affektiven oder intellektuellen Gesichtspunkt nicht zustande kommen kann.

Es gibt ferner eine Art der Benommenheit und einen verlangsamten Ablauf aller psychischen Vorgänge, die sich nicht aus anderen Erscheinungen erklären lassen; sie machen einen organischen Eindruck und können — vorläufig — in Zusammenhang gebracht werden mit dem starken Pia- und Hirnödem, das wir in den Fällen lethaler Katatonie zu finden gewohnt sind. Organisch sehen auch manche katatonische Anfälle aus, die mit Bewußtseinsverlust und Krämpfen einhergehen und unter Umständen sogar von leichten Paresen gefolgt sind.

Eines eingehenderen Studiums bedürfen die Verwirrtheitszustände. Verwirrtheit ist ja kein einheitlicher Symptomenkomplex, sondern eine Erscheinung, die bei vielen psychischen Elementarstörungen auftritt, wenn diese nur so hochgradig sind, daß der Beobachter dem Gedankengang nicht mehr zu folgen vermag. Einzelne Formen scheinen in ganz oder nahezu direktem Zusammenhang mit den Hirnprozessen zu sein, indem sie gerne die Schübe der Krankheit markieren oder nichts sind als der Ausdruck der schizophrenen Assoziationsstörung. Andere Formen entstehen dadurch, daß die Menge der Sinnestäuschungen den Rapport mit der Wirklichkeit unmöglich macht, wobei aber eine genauere Untersuchung meist doch den Zusammenhang in den Ideen zeigt. Man hüte sich, die Verwirrtheit mit Zuständen manischer oder dämmeriger Natur zu verwechseln.

Ein ähnliches aus vielen ganz verschiedenen Wurzeln entspringendes Symptom ist der Stupor. Er ist die äußere Erscheinung von vielen Grundstörungen, die die innere Tätigkeit oder auch nur die Entäußerung derselben hochgradig hindern. Er ist aber sehr schwer zu studieren.

Eine ganz besondere Stellung nehmen die manischen und melancholischen Affektschwankungen ein; sie haben gar nicht in allen Fällen die gleiche Bedeutung. In selteneren Fällen machen sie den Eindruck einer zufälligen Komplikation der Schizophrenie mit manisch-depressiven Erscheinungen. Manchmal scheinen sie durch den schizophrenen Krankheitsprozeß ausgelöst; die Häufigkeit der manisch-depressiven Syndrome bei der Schizophrenie überhaupt und bei den Schüben im speziellen spricht mit Deutlichkeit dafür. In einer dritten Reihe von Fällen haben wenigstens die depressiven Angstzustände sicher die Bedeutung eines Sekundärsymptomes, das erst auf dem Boden des schizophrenen Gedankenganges entstanden ist.

Noch einmal muß ich betonen, daß eine der wichtigsten Aufgaben die Diagnose des Grundzustandes sein wird, der Disposition, auf der sich die übrigen schizophrenen Symptome entwickeln. Die „Neigung zu Halluzinationen" diagnostizieren wir nur aus den ausgebrochenen Sinnestäuschungen; vielleicht ist es am ehesten möglich, die Tendenz der schizophrenen Psyche, beliebige Vorgänge zu stereotypieren, als solche zu fassen.

Für die Prognose interessiert uns besonders die Rückbildungsfähigkeit der einzelnen Symptome und Syndrome. Nach der bisherigen Betrachtungsweise konnte man auf empirischem Wege praktisch nicht unbrauchbare Regeln aufstellen, die aber viele Ausnahmen haben. Die „Gefühlsprognose" eines erfahrenen Psychiaters ist oft richtiger als eine nach allen Regeln der Kunst logisch deduzierte Voraussage.

Erst die Kenntnis der pathologischen Bedeutung der einzelnen Symptome kann uns über die Art ihrer Rückbildung und damit über ihre Stellung zur Prognose bessere Auskunft geben. Wenn wir uns klar sind, daß die primären Symptome eine ganz andere Stellung zum Krankheits-

prozeß haben als die sekundären, so werden wir uns vor vielen Fehlschlüssen hüten können. Wir werden z. B. für den Dämmerzustand als solchen eine gute Prognose stellen, aber uns ganz klar sein, daß damit über den Ausgang der Krankheit Dementia praecox nichts bestimmt ist; denn diese kann stationär bleiben oder während oder nach dem Anfall zunehmen. Ob sie nachher weiter fortschreitet, wird wohl für absehbare Zeit unbestimmbar bleiben. Ob sie während des Anfalles in der Entwicklung begriffen ist, müssen wir aus der Intensität der primären Schizophreniesymptome und aus der Zunahme der schizophrenen Zeichen zu erkennen suchen. Wie der Zustand nach Ablauf des akuten Syndroms sein wird in dem Falle, daß die Krankheit nicht weiter schreitet, muß man ersehen aus der Diagnose des Dauerzustandes, die sich ihrerseits aus der Anamnese und aus der Menge und Schwere der schizophrenen und katatonen Symptome während der Beobachtung ergibt.

Die Rückbildungsfähigkeit der einzelnen Syndrome kennt jeder von Ihnen so gut wie ich; doch gestatten Sie mir an Hand von Beispielen einige leitende Gesichtspunkte zu erörtern.

Was Sie als akute Syndrome zu bezeichnen gewohnt sind, geht natürlich vorüber. So die an eine Infektion erinnernden Symptome, die manischen und depressiven Affektwellen, die Dämmerzustände, die Wutanfälle u. dgl. Verwirrtheit und Stupor gehören nur zum Teil zu den akuten Syndromen in diesem Sinne, und es ist schwer, die eigentlich akuten Formen dieser Zustände von den anderen zu unterscheiden, besonders da die Halluzinationen und Wahnideen der Verwirrtheit und die Abschließung des Stupors von der Außenwelt an sich eine Tendenz haben, chronisch zu werden. Die katatonen Syndrome haben, solange sie akut sind, keine besonders schlimme Bedeutung, sondern erst, wenn sie in chronischen Zuständen und bei Besonnenheit vorhanden sind.

Die allgemeine schizophrene Assoziationsstörung bildet sich, wenn sie chronisch geworden ist, selten in erheblichem Maße zurück. Auch eine hochgradige affektive Verblödung bleibt in den meisten Fällen bestehen.

Aber nicht immer. Die Rückbildungsfähigkeit der rein psychisch bedingten Symptome erscheint ja selbstverständlich. Doch muß eine Rückbildung im einzelnen Falle nicht eintreten. Schon beim Geistesgesunden können einzelne Erlebnisse einen kleinen Tik hinterlassen; in der Jugend erworbene religiöse oder abergläubische Ideen können immer wieder zum Vorschein kommen, wenn sie auch durch die Logik ihres Trägers noch so scharf und seit Jahrzehnten verworfen worden sind. Bei der Schizophrenie finden wir kaum je, daß einmal überwundene Wahnideen ihre Wirkung auf Logik und Affektivität vollständig eingebüßt hätten. Sie werden wohl nie so vollständig korrigiert, wie der Gesunde einen nicht affektbetonten Irrtum korrigiert. Auch die anderen Symptome können sich stereotypieren. So sprechen wir nach *Wernicke* mit Recht von Residualsymptomen, und so dürfen wir auch bei rein funktionellen

psychischen Symptomen niemals mit Sicherheit auf eine Rückbildung rechnen. Besonders gefährlich ist die Abschließung der Kranken nach außen. Für die Praxis aber dürfen wir die manischen und die melancholischen Erregungen, die Dämmer- und Zornanfälle als restlos vorübergehend ansehen. Es ist jedoch zu beachten, daß die Tendenz zu Erregungen jeder Art während einer Verschlimmerung der Krankheit am stärksten ist, so daß eben solche Zustände in rein exogener Form bei ruhendem Krankheitsprozeß gar nicht so häufig sind. Meist finden wir sie gemischt mit eigentlichen akut schizophrenen Symptomen.

Die Möglichkeiten der Art der Rückbildung sind sehr interessant und ergeben für unser Thema wichtige Gesichtspunkte. Natürlich kann der Krankheitsprozeß, der ja, soviel wir wissen, nur wenige Hirnelemente wirklich zerstört, sich bis zu einem gewissen Grad zurückbilden. Viel mehr werden sich die gesetzten Symptome mildern können. Wir kennen ja aus der Hirnpathologie die „Insulterscheinungen" und die weitgehende Angewöhnung des geschädigten Organes an veränderte Verhältnisse sehr gut. Es kann auch so sein, daß ein aus Infektion oder Stoffwechsel stammendes Gift nur während einer gewissen Zeit wirkt, und daß man es nachher bloß mit dem gesetzten Schaden zu tun hat.

Die affektiv ausgelösten Zustände, wie die Dämmerzustände und die Zornanfälle, hören wieder auf, weil beim Kranken wie beim Gesunden sich jeder Affekt schließlich erschöpft. Man weint oder tobt oder tollt sich aus.

Am häufigsten scheint es zu sein, daß die psychischen Relikte eines zum Stillstand gekommenen Prozesses von der Persönlichkeit abgespalten werden. So sind die Wahnideen in sehr vielen „geheilten" Fällen in keiner Weise korrigiert; sondern der Kranke hat sie nur „vergessen"; wenn man mit ihm darüber spricht, oder wenn ein neuer Schub kommt, so holt er sie in ungeschwächtem Zustande wieder hervor. Zu diesem Prozeß der Abspaltung werden die äußeren Umstände viel beitragen. Je mehr Anregung von außen der Kranke erhält, je mehr er fähig ist, solche aufzunehmen, um so eher kann diese Abspaltung statthaben. Darin liegt der Wert der Beschäftigung und der frühen Entlassungen, die die Prognose stark beeinflussen.

So sehen wir, daß der schizophrene Blödsinn nicht nur in einzelnen Symptomen, sondern auch als Ganzes potentia rückbildungsfähig ist. Die Fälle von Spätheilungen von Blödsinn sind auf einmal keine Kuriosa mehr, und man lernt mit ihnen rechnen; jedenfalls darf man nach den gewonnenen Gesichtspunkten nicht mehr eine Spätheilung einer schizophrenen Demenz als Beweis für eine falsche Diagnose ansehen.

Wichtig wäre es, wenn wir die Intensität des Krankheitsprozesses schätzen könnten. So lange wir aber seine Natur nicht kennen, sind wir bloß auf Mutmaßungen angewiesen. Wenn z. B. das Pia- und

Hirnödem bei schweren Katatonien wirklich eine Rolle spielt, so müssen die Hirndruckerscheinungen dem Bilde den Anschein besonderer Schwere geben, während wir noch gar nicht wissen können, ob diese Ödeme wirklich ein direkter Ausdruck des schizophrenen Hirnprozesses sind. Wir können nur mutmaßen, daß die Stärke der akuten Assoziationszertrümmerung und der Benommenheit mit der Stärke des Krankheitsprozesses in irgend einer Weise zusammenhänge. Es macht uns auch den Eindruck, wie wenn die katatonen Erscheinungen und die Pupillendifferenz bei schwerer Hirnaffektion besonders stark in den Vordergrund träten. Aber vorläufig kann der Gedanke an die Intensität des Krankheitsprozesses, die von der Intensität der Krankheitssymptome unterschieden werden muß, uns mehr vor voreiligen Schlüssen warnen, als uns zu einer bestimmteren Prognostik verhelfen.

Wir sind auch noch nicht in der Lage, vorauszusagen, wie viel Schaden der akute Krankheitsprozeß hinterlassen wird. Wir werden aber vor vielen Enttäuschungen behütet werden, wenn wir uns klar machen, daß nur die primären Symptome einer weitgehenden Rückbildung unfähig sind.

Abgesehen von den genannten Unterscheidungen gibt es noch einige Punkte, auf die ich das Augenmerk derer wenden möchte, die sich mit prognostischen Fragen beschäftigen.

Da ist zunächst die Kritik des Materials. Wir bekommen nur einen sehr beschränkten Teil aller Schizophrenien in unseren Anstalten zur Beobachtung; von einzelnen Gruppen sehen wir nur eine qualitative oder zeitliche Auswahl. So beobachten wir die nach einem Anfall gebesserten Kranken nur während des initialen Anfalles, die chronischen nur im Endzustand. Von einfachen Verblödungen bringt man uns nur die schlimmen, fortgeschrittenen Fälle. Dafür werden ganz leichte Schizophrenien durch eine interkurrente Zornaufwallung, einen Zuchthausknall, eine manische Erregung, einen Selbstmordversuch, einen pathologischen Rausch in die Anstalt gebracht. Deshalb schon muß die Prognose der verschiedenen Arten eine ganz verschiedene scheinen.

Das Beobachtungsmaterial wird aber auch in sehr hohem Grade beeinflußt durch die Aufnahms- und Entlassungsverhältnisse der Anstalten. Wo man aus irgend einem Grunde schnell entläßt, bleiben nur die ganz schweren Fälle im Gesichtskreis; wo der Bevölkerung eine entsprechend große Pflegeanstalt zur Verfügung steht, wird sie sich gewöhnen, auch leichterer Kranken sich zu entledigen. Nimmt eine Pflegeanstalt bloß die schwersten Fälle auf, so können daselbst unter Umständen die akuten Fälle überwiegen, weil sie, wie wir gesehen haben, wenn sie nicht „heilen", mehr Neigung zu ganz schweren Endzuständen haben als die schleichenden. Ferner werden in einer solchen Anstalt unter den chronischen lange nicht so viel leichte Fälle sein. Die prognostischen Ermittelungen sind somit

niemals direkt von Anstalt zu Anstalt vergleichbar.

Wie sehr das letztere zutrifft, zeigte sich mir in den Schwierigkeiten, denen die Einteilung der abgelaufenen Fälle in günstige und ungünstige begegnete. Es würde sich lohnen, hierfür bessere Kriterien zu suchen, als ich angewandt habe. Die Kranken der Heilanstalt ließen sich bequem einteilen in sozial tüchtige, die sich mehr oder weniger selbständig draußen bewegen und fortbringen können, und ganz blöde, die der fremden Pflege bedurften. Aus den nicht in diese Endgruppen einteilbaren Kranken machten wir eine besondere Kategorie der mittelmäßig Verblödeten.

In der Pflegeanstalt ließ sich dieser Maßstab nicht anwenden, weil von der ersten Kategorie fast alle fehlen. Ich habe da zu den günstig abgelaufenen Fällen die nützliche Arbeit Leistenden, mit denen zugleich ein sozialer Kontakt möglich war, gerechnet, zu den schlimmen die übrigen. Die letzteren könnte man zu gewissen Zwecken in aktiv und passiv asoziale trennen.

Bei dieser Gelegenheit machte ich auch die interessante Beobachtung, daß in Neu-Rheinau die nach diesem Maßstabe Guten ganz ungleich schwerer krank waren als in Burghölzli und Alt-Rheinau. Da ich die Mehrzahl der Kranken seit Jahren persönlich kenne, erscheint eine Täuschung ausgeschlossen. Übrigens wurde mir die Tatsache auch von den Rheinauer Ärzten bestätigt. Nach Neu-Rheinau kommen im ganzen schwerere Fälle. In der nach neuen Ideen eingerichteten und von Anfang an so geleiteten Anstalt, die durch Patienten von allen Seiten der Windrose gefüllt worden war, konnte ein neuer Spiritus loci geschaffen werden, der noch mehr als die modernen Einrichtungen selbst bewirkt, daß auch eine Anzahl schwerer chronischer Katatoniker zu den guten Arbeitern zählt. Dieser Unterschied innerhalb verschiedener Gebäude der nämlichen Anstalt, die unter der nämlichen Leitung stehen, ist ungemein bezeichnend.

Der alte Bestand der Heilanstalt Burghölzli, die 1870 eröffnet worden ist, rangiert ungefähr zwischen die Leute von Alt- und Neu-Rheinau.

Will man den Grad des Blödsinnes als Maßstab für den Ausgang benutzen, so begegnet man der ziemlich unüberwindlichen Schwierigkeit, daß wir diesen Grad des Blödsinnes in keiner Weise schätzen können. Ein Maßstab ist ja nur denkbar für die Stärke der Grundstörung. Zu dieser steht aber der Grad dessen, was wir hier Blödsinn nennen, in keinem bestimmten Verhältnis.

Die schwankenden Leistungen der schizophrenen Psyche stellen uns vor die Frage: Gibt es überhaupt einen Endzustand? ein Stadium, in dem die Krankheit nicht fortschreitet und sich nicht zurückbildet?

Unser Wissen in bezug auf ein Fortschreiten ist folgendes: Der nach einem akuten schizophrenen Anfall irgend welcher Art gesetzte Schwachsinn nimmt in der Regel noch einige Zeit nach dem Aufhören der

akuten Symptome zu und erreicht dann über kurz oder lang unter Schwankungen einen relativ stabilen Grad. Es ist aber, wenigstens bei den Kranken, die in Behandlung verbleiben, wohl selten, daß nicht leichtere Schübe, die akut oder schleichend verlaufen können, das Bild wieder verschlechtern. Daneben ist eine ganz allmähliche Zunahme des Blödsinnes bei den bleibenden Anstaltsinsassen das häufigste. Diese Verschlimmerung ist für den, der beständig um die Kranken ist, kaum bemerkbar. Wenn man aber seine Pflegeanstaltspatienten nach 10 und mehr Jahren wieder mustert, so muß man bei der Mehrzahl derselben eine Zunahme des Blödsinns konstatieren, die sich in geringerer Leistungsfähigkeit, größerer Apathie, in einem körperlichen und psychischen Zusammensinken dokumentiert (hier schließe ich natürlich hinzukommende senile Störungen aus). Das kann psychisch oder durch Fortschreiten des Krankheitsprozesses bedingt sein.

Bei chronischen Fällen erwartet man den Stillstand seltener oder später. Sie unterscheiden sich nun nach meiner Erfahrung durchaus nicht prinzipiell von den akuten. Ferner möchte ich betonen, daß auch bei den Fällen mit akuten Syndromen (Manien, Melancholien, Verwirrtheiten) die Verblödung gar nicht an diese Zustände gebunden ist. Manchmal hat eine Erregung keine bemerkenswerten deletären Folgen, und die Verblödung macht nachher ohne akute Syndrome rasche oder langsame Fortschritte.

Bei der Mehrzahl unserer Kranken indes kann man eine stärkere Verblödung ausschließen, weil sie sich bis ans Lebensende draußen halten, auch an Orten, wo man bemüht ist, alle sozial untüchtigen Leute dem Staate anzuhängen. Auch Anstaltsinsassen beobachten wir, die sich während Jahrzehnten auf einem gewissen Stande halten.

Es ist also unzweifelhaft, daß es für unsere jetzigen Beobachtungsmittel einen Stillstand gibt; daß dieser Stillstand in jedem Stadium der Krankheit eintreten kann; daß doch manche anscheinend stabil gewordenen Fälle sich mit der Zeit ganz schleichend immer mehr verschlimmern, und endlich, daß Schübe immer wieder vorkommen können.

Die neuen Schübe nun können zu jeder Zeit, auch nach jahrzehntelangem Stillstand, wieder auftreten. Die Menopause scheint eine gewisse Disposition dafür zu bieten. Aber auch viel später können akute Verschlimmerungen noch vorkommen: es gibt keine Zeitgrenze, die davor sicher stellte. Man hat gesagt, daß eine Pause von drei oder von fünf Jahren gewisse Chancen für dauernde Heilung biete. Ich halte das noch nicht für bewiesen. Eine gute Statistik, die uns über die Häufigkeitsskala der neuen Schübe im Verlauf der folgenden Jahre und Jahrzehnte Auskunft gäbe, existiert meines Wissens nicht. Sie müßte die verschiedenen Formen der Krankheit einzeln berücksichtigen und auch mit dem Altersaufbau des Krankenmaterials rechnen. Von den paar hundert Schizophrenen, die ich vor 10 Jahren in Rheinau verließ,

haben nur etwa ein Dutzend akute Erregungen durchgemacht, die als Exazerbationen des eigentlichen Krankheitsprozesses die Patienten auf ein wesentlich tieferes Niveau einstellten. Es ist aber zu beachten, daß wir in der Pflegeanstalt eine Auslese von Kranken haben, die nicht zu akuten Anfällen, sondern zu chronischem Verlaufe neigen, wie wir gezeigt haben.

Die neuen Schübe können Krankheitsanfälle im Sinne der alten akuten Psychosen sein; sie können aber auch „ohne Sang und Klang" als einfache rasche Zunahme der Verblödung auftreten; sie können ganz akut im Verlaufe weniger Tage ihre Höhe erreicht haben, aber auch Jahre zum Ablauf brauchen.

Aus alten Krankengeschichten konnte ich nicht mehr als das Angeführte lernen. Wir müssen in Zukunft mehr Psychopathologie treiben und dieselbe besser in den Krankengeschichten niederlegen. Wir müssen aber zweitens noch suchen, wo es immer möglich ist, bessere Anamnesen und damit klarere Einsicht in den wirklichen Beginn der Krankheit zu bekommen. Ich habe mich überzeugt, daß die Datierung des Beginns durch die Verwandten selten das richtige trifft. Ganz gewöhnlich — aber allerdings nicht immer — führt erst eine Verschlimmerung oder ein zufälliges akutes Symptom die Kranken in die Anstalt, nachdem sie schon jahrelang in leichterem Grade schizophren gewesen sind. Es gibt also in Wirklichkeit nur sehr wenige akute Anfänge. In dieser Arbeit mußte ich aber noch so nennen, was von anderen so beschrieben worden ist.

Es ist mir gar nicht angenehm, daß ich die Frage nach der Prognose der Dementia praecox, wie sie sich aus dem Studium der Endzustände ergibt, statt zu vereinfachen, komplizieren mußte. Es geht aber nicht anders. Erst wenn man einmal über alle diese Dinge klar sein wird, kann man ad usum Delphini die Resultate vereinfachen. Der Forscher wird nur weiter kommen, wenn er jeden der zahlreichen von den anderen unabhängigen Faktoren für sich betrachtet, und sorgfältig seine Deutung unter den verschiedenen Umständen abwägt. —

Die Diskussion wird verschoben bis nach Anhörung der inhaltsverwandten Vorträge von *Raecke*, *Meyer* und *Hüfler*.

*Raecke*-Kiel: Zur Prognose der Katatonie.

Unter Katatonie verstand *Kahlbaum* eine Psychose, welche in erster Linie durch eine Reihe von motorischen Symptomen ausgezeichnet war, welche in jedem Lebensalter auftrat und eine relativ günstige Prognose bot. *Kraepelin*, der *Kahlbaums* Lehren weiter ausbaute, sah das Wesen des Krankheitsprozesses im Ausgang in Demenz und schuf dementsprechend die Bezeichnung Dementia praecox, der die Katatonie als Untergruppe angegliedert wurde. Während anfangs diesem neuen Krankheitsbegriffe vielfach eine übermäßige Ausdehnung gegeben wurde, scheint zurzeit eine rückläufige Bewegung eingesetzt zu haben. So hat *Dreyfus* betont,

daß die früher für charakteristisch gehaltene Gemütsstumpfheit nicht immer ein Zeichen von Verblödung ist und bei verschiedenen Psychosen vorkommt. *Wilmanns* hat erklärt, daß früher von der Heidelberger Schule die Bedeutung des hysterischen Irreseins zugunsten der Dementia praecox unterschätzt worden sei. *Gaupp* hat im Münchner Jahresberichte darauf hingewiesen, daß manche chronisch-paranoischen Krankheitsbilder nach Verlauf und Ausgang eine Sonderstellung einnehmen.

Außerdem mehrten sich die Beobachtungen günstiger Ausgänge. *Kraepelin* selbst hat in der letzten Auflage seines Lehrbuches die Häufigkeit der Heilung bei Katatonie auf 13% geschätzt. *E. Meyer* hat 25% angenommen, *Kahlbaum jun.* 30%. Die beiden Referenten heute wollen, wie wir gehört haben, die Bezeichnung Dementia praecox überhaupt fallen lassen, weil die Generalprognose dieser Krankheit nicht Verblödung sei, sondern nur Verlauf in der Richtung zur Verblödung hin. Langdauernde Remissionen werden von ihnen zugegeben, welche soweit gehen können, daß eine Abnahme der geistigen Kräfte kaum nachweisbar ist. Hier sollte man sich meines Erachtens nicht scheuen, von Heilung zu sprechen, wenigstens von Heilung im praktischen Sinne. Mit der Annahme einer latenten Demenz vermag der Praktiker nichts anzufangen.

Jedenfalls ist die hier zutage tretende Wandlung der Anschauungen mit Freuden zu begrüßen. Sie überbrückt manche bisherigen Gegensätze und gestattet ein gemeinsames Zusammenarbeiten.

Eine Hauptfrage, die noch der endgültigen Lösung harrt, ist die Frage nach der prognostischen Bedeutung der sogenannten katatonen Symptome. Daß die letzteren, sogar gehäuft, nicht nur bei Paralyse und Epilepsie, sondern auch bei Hysterischen und Manisch-Depressiven vorkommen, ohne hier einen Einfluß auf die Prognose auszuüben, das wird nicht mehr in Abrede gestellt. Andererseits steht seit *Kraepelins* bahnbrechenden Forschungen fest, daß die Katatonie auffallend oft zur Verblödung führt. Die Frage lautet nun: Führt die Katatonie stets schließlich zur Demenz, so daß es sich bei scheinbaren Heilungen nur um Remissionen und Fehldiagnosen handelt? Oder, wenn nicht, welche Symptome gestatten frühzeitig, die richtige Prognose zu stellen? Ist auch eine definitive Beantwortung dieser Fragen erst nach jahrelangen katamnestischen Forschungen zu erwarten, so dürfte doch dem Praktiker schon heute jeder Beitrag willkommen erscheinen.

In der Kieler Klinik wurden von November 1901 bis Dezember 1905 rund 200 Katatoniker beiderlei Geschlechts behandelt. Nach Abzug derer, über welche neuere Nachrichten nicht zu erhalten waren, bleiben 171, nämlich 80 Männer und 91 Frauen, deren Krankengeschichten den folgenden Ausführungen zugrunde gelegt sind. Das Alter schwankte zwischen 12 und 50 Jahren; doch standen über 80% zwischen 16 und 30.

Leider konnten die Katamnesen nur in den seltensten Fällen persönlich erhoben werden. Meist mußte man sich mit den schriftlichen Aus-

künften der Angehörigen begnügen. Es ist ohne weiteres einzuräumen, daß derartige briefliche Mitteilungen keine sichere Gewähr für Heilung im streng wissenschaftlichen Sinne bieten, sondern nur einen Anhalt dafür geben, daß die betreffenden Patienten auf Laien den Eindruck der Genesung machen, ihrem Beruf in alter Weise wieder nachgehen, keine Beschwerden klagen, keine Auffälligkeiten zur Schau tragen.

In diesem praktischen Sinne als „geheilt" wurden 27 bezeichnet, 14 Männer und 13 Frauen. Das sind 16%, eine Zahl, welche sich von *Kraepelins* 13% nicht sehr wesentlich entfernt. Bei weiteren 19 Patienten, 13 Männern und 6 Frauen, hieß es in den Auskünften, sie seien nicht ganz wie früher; sie seien energieloser oder reizbarer oder allgemein nervös, mit Kopfschmerzen und ähnlichen Beschwerden zeitweise behaftet. Diese sind nur als „gebessert" bezeichnet. Wollte man sie zu den Heilungen hinzurechnen, weil ja die eigentlichen psychotischen Erscheinungen abgelaufen sind, dann würden sich 27% ergeben, eine Zahl, die zwischen den Ziffern von *E. Meyer* und *Kahlbaum jun.* in der Mitte steht. 125 Kranke sind ungeheilt geblieben. Von ihnen leben 69% zurzeit in Anstalten. Im ganzen sind 17% aller Kranken bereits gestorben.

Die Dauer der Heilungen beträgt bisher 12mal 1—3 Jahre, 8 mal 3—4 Jahre, 7 mal 4—6 Jahre. Daß es sich hier überall um Remissionen handeln soll, klingt unwahrscheinlich, doch mag darüber die Zukunft entscheiden. Die Gesamtdauer des Leidens bis zum Eintritt der Heilung betrug in der Regel 1—2 Jahre; nur zweimal über 3 Jahre. Sehr auffallend war die Tatsache, daß gerade in den günstig verlaufenen Fällen die Katatonie häufiger subakut als akut ausgebrochen war. Meist ging ein ausgesprochenes Prodromalstadium von 1—3 Monaten voraus. Einige Male waren die ersten psychischen Veränderungen schon ¼—1 Jahr vorher beobachtet worden.

Hinsichtlich der Ätiologie machte es keinen erheblichen Unterschied für die Prognose, ob mehr exogene oder endogene Faktoren im Spiele waren. Bei Einwirkung äußerer Ursachen ergaben sich 17% Heilungen, bei schwerer erblicher Belastung 18%, bei von Haus aus bestehender Imbezillität 16%. Nur wenn man jede erbliche Belastung überhaupt berücksichtigte, wie sie bei 56% aller Katatoniker nachweisbar war, gelangte man zu 20% Heilung bei Belasteten überhaupt. Gerade diejenigen 6 Fälle, in welchen sich das Leiden direkt an ein Wochenbett angeschlossen hatte, verliefen durchweg ungünstig. Von sieben Kranken mit Kopftrauma in der Anamnese genas nur einer. Es lehrt das wohl wieder, daß für die Entstehung der Katatonie äußere Ursachen höchstens die Bedeutung auslösender Momente besitzen.

Etwas brauchbarere prognostische Anhaltspunkte schien die Betrachtung der klinischen Krankheitsbilder zu gewähren. Am weitaus günstigsten war ein paranoider Beginn mit Sinnestäuschungen und Beziehungswahnideen ohne Desorientierung. Hier betrug der Prozentsatz

der Heilungen 47, der Besserungen überhaupt 53. Erst in großem Abstande folgten die Fälle mit initialer Depression, sei es melancholischer, sei es hypochondrischer Färbung, nämlich 15—16% Heilung. Dann kam Einsetzen unter dem Bilde der halluzinatorischen Verwirrtheit: 9% Heilung; endlich plötzliches Einsetzen eines Stupors bei bisherigem Wohlbefinden: 6% Heilung. Ganz ungünstig verliefen die chronisch paranoischen Formen.

Unter den Einzelsymptomen erwies sich, wie auch *E. Meyer* gefunden hatte, frühzeitiges starkes Grimassieren von übelster Vorbedeutung. Es folgten zahlreiche Manieren und Tiks überhaupt, hartnäckiger Negativismus ohne Affektanomalie, dann ausgesprochene Befehlsautomatie und lange anhaltende Flexibilitas cerea. Dagegen waren Sprachverwirrtheit, Verbigerieren, Gemütsstumpfheit mit Unsauberkeit und Verlust des Schamgefühls weit weniger bedenklich. Erwähnt sei noch, daß im ganzen bei 18% der Kranken Pupillenstörungen in Form von Differenz und Entrundung notiert worden waren.

Endlich wäre die Frage zu erörtern, ob vielleicht die so auffallend günstig verlaufenen Fälle mit subakutem paranoidem Beginn eine Gruppe für sich darstellen und von der Katatonie abzutrennen sind. Allein auch wer an der Existenz einer akuten Paranoia festhält, kann dahin kaum diese Fälle rechnen, da sie eine langsamere Entwicklung zeigten und nicht durch äußere Ursachen hervorgerufen wurden. Ferner mischten sich bei ihnen von vornherein zahlreiche katatone Symptome ein und traten allmählich in den Vordergrund. Meist kam es sehr bald zur Ausbildung eines Stupors. Endlich unterschieden sich von ihnen anfangs in keiner Weise manche später ungünstig sich entwickelnde Fälle mit Ausgang in typische Verblödungsformen.

Eher könnte man Zweifel hegen, ob die oft sehr schwierige Abgrenzung der Katatonien mit initialer Depression vom manisch-depressiven Irresein stets gelungen ist. Indessen würde eine etwaige spätere Feststellung einzelner Fehldiagnosen hier nichts an dem Resultate ändern, daß die Katatonien mit ausgesprochen melancholischem und hypochondrischem Beginn eine relativ wenig gute Prognose haben.

Alles in allem ergibt sich für den Praktiker aus den mitgeteilten Katamnesen die alte Mahnung: Größte Vorsicht mit der Prognose! Die Katatonie führt meist, aber durchaus nicht immer zur Verblödung. Die Bezeichnung Dementia praecox ist daher irreleitend.

*E. Meyer*-Königsberg: Die Prognose der Dementia praecox.

Die von verschiedenen Seiten behauptete Möglichkeit einer Wiederherstellung bei der Dementia praecox kann man sich nach *Meyer* in folgender Weise vorstellen:

1. Es liegen diagnostische Irrtümer vor, die bei der Schwierigkeit der Abgrenzung nicht leicht zu vermeiden sind.

2. Es sind Krankheitsbilder, die zurzeit nicht von der Dementia praecox zu sondern sind, aber vielleicht später klinisch und anatomisch unterschieden werden können.

3. Es sind tatsächlich Fälle von Dementia praecox, bei denen aber der Krankheitsprozeß nur so geringe Intensität erreicht hat oder so weit zurückgegangen ist, daß wesentliche klinisch erkennbare Krankheitszeichen fehlen.

Daß letzteres denkbar ist, dafür sprechen die so sehr verschiedenen sonst bekannten Ausgänge der Dementia praecox. *Meyer* erinnert an andere Prozesse, die auch nicht ganz ohne Residuen heilen, so die Tuberkulose. Und doch kann ein Tuberkulöser so weit ausheilen, daß er beschwerdefrei ist, der Umgebung gesund erscheint und nur vielleicht bei genauester Untersuchung noch Spuren der alten Erkrankung aufweist.

Dieser Vergleich beweist auch, daß es sich bei den „Heilungen" der Dementia praecox nicht einfach um Remissionen handeln muß. Denn die Annahme von Remissionen setzt voraus, daß, wie bei der Paralyse, über kurz oder lang unaufhaltsam die Krankheit wieder hervortritt. Bei der Dementia praecox kann aber der Prozeß zu einem dauernden Stillstand kommen, auch ohne einen erheblichen Grad erreicht zu haben, so daß jedenfalls „soziale Gesundung" besteht.

*Meyer* knüpft dann an zwei frühere Arbeiten an, die besonders die katatonischen Erscheinungen zum Gegenstand hatten, und in deren letzter (Münch. med. Wochenschr. 1903, S. 1369) er zu dem Schluß kam, daß die Prognose ernst, aber nicht absolut ungünstig sei, da in $^1/_8$—$^1/_4$ der Fälle Wiederherstellung für Jahre eintrat.

*Meyer* hat seine Tübinger Fälle der katatonen Gruppe der Dementia praecox weiter verfolgen können: Wenn man 2 nicht ganz sichere Fälle beiseite läßt, und ebenso 2, die nach fünf gesunden Jahren wieder erkrankten, bleiben 10 unter 46 Dementia-praecox-Fällen, die seit Jahren sich sozialer Gesundung erfreuen. Der vorläufige Ausgang hatte sich — wie das auch die Fälle von Heilung mit Defekt und ungünstigem Ausgang zeigen — in der Mehrzahl der Fälle als dauernder erwiesen. Unter 1318 Aufnahmen der Königsberger Klinik aus den Jahren 1904—1906 waren 170 (12,8%) Fälle von Dementia praecox. Wenn auch eine Einteilung schwer durchführbar war, so ließen sich etwa 36 der Katatonie, 116 der Hebephrenie und 18 der Dementia paranoides zurechnen. 31 von den 170 Fällen hatten seit mindestens einigen Monaten soziale Gesundung wiedererlangt, bei 13 war Heilung mit Defekt anzunehmen. Von dem Rest war bei 28 eine Katamnese nicht zu erlangen. Rechnet man noch, daß jetzt neben der Katatonie Hebephrenie und Dementia paranoides mit in Betracht gezogen sind, so ergeben sich etwa die gleichen Werte wie bei den Tübinger Fällen.

*Meyer* kommt zu dem Schluß: Die Prognose der Dementia praecox ist ernst, aber keineswegs absolut ungünstig, in einem erheblichen Bruch-

teil der Fälle — nach unseren Erfahrungen $^1/_8$—$^1/_4$ der Katatoniegruppe, über $^1/_6$ der Gesamtfälle — tritt Wiederherstellung für Jahre ein.

(Ausführliche Veröffentlichung im Arch. f. Psychiatrie.)

*Hüfler*-Chemnitz: Über die katatonischen Anfälle.

Neben den psychischen Symptomen sind bei der Dementia praecox die somatischen nicht zu vernachlässigen; differentialdiagnostisch können sie manchmal wertvoll sein.

In erster Linie sind zu erwähnen die sogenannten katatonischen Anfälle; es sind das nicht hysterische Beifügungen, sondern Anfälle sui generis. Ehe die psychischen Symptome die Oberhand gewinnen, werden derartige Kranke häufig als Epileptiker behandelt.

Nach einem Prodromalstadium, das sich durch motorische Erregung, Ruhelosigkeit, Reizbarkeit meist scharf vom vorhergehenden, vielleicht stuporösen Zustande abhebt, setzt der Anfall mit Somnolenz und entweder klonischen oder tonischen Muskelbewegungen ein: die Bulbi sind nach oben gewendet, der Kopf nach vorn geneigt, tonische Bewegungen der Arme, die halbgebeugt hochgehoben werden, treten auf, die Fäuste sind geballt, oder klonische Bewegungen nicht nur der Arme, sondern des ganzen Rumpfes, der wippend auf dem Bett auf- und niedergeschleudert wird.

Dabei ist das Gesicht gerötet, nur die Mundpartie ist, wie bei Scharlach, sehr oft ausnehmend blaß; oft verbreitet sich die Röte bis auf die Brust. Auch die Füße sind oft sehr blaß.

Nach 5—10 Minuten läßt der Krampf mit ziemlich plötzlicher Aufhellung des Bewußtseins nach.

Bei Frauen treten die Anfälle sehr oft 1—2 Tage vor der Menstruation auf. Nicht selten scheinen während des klonischen Anfalls sexuelle Sensationen eine Rolle zu spielen.

Neben diesen typischen Anfällen werden bei Dementia praecox häufig noch andere somatische, auch periodisch auftretende Störungen beobachtet, die man als katatonische Äquivalente bezeichnen kann, Störungen der Motilität, der Sensibilität und der vasomotorischen Innervation.

Die Störungen der Motilität betreffen manchmal nur eine Extremität, etwa den Arm, der eine Zeitlang starr wird: ein nicht seltenes Initialsymptom. Manchmal treten dabei Paraesthesien auf.

Viel häufiger sind periodisch auftretende Innervationsstörungen im Facialis: bald wird, anscheinend ohne jedes psychische Korrelat, dieser Ast, bald jener sekundenlang isoliert innerviert; manchmal werden auch mimische Bewegungen ungleichmäßig ausgeführt.

Seltener sind analoge Störungen im Gebiete des Hypoglossus.

Zeitweise werden diese isolierten Bewegungen als fremdartig empfunden und Erklärungsversuche daran geknüpft: der Teufel zupft an der Lippe, ein Mitpatient hypnotisiert, es hält jemand die Zunge nieder.

Auch sensible Störungen, Schmerzanfälle, werden öfter beobachtet, zeitweise in Verbindung mit vasomotorischen Erscheinungen.

So hatte eine ältere Kranke im Verlaufe eines Jahres, sehr oft 1—3 Tage vor der Menstruation, 12 Schmerzanfälle im Fuß, die so stark waren, daß sie wimmerte. Vorher war sie meist abnorm erregt, hinterher wieder wie immer, eher etwas heiterer.

Eine jüngere Kranke zeigte öfter Schmerzanfälle im zweiten Aste des Trigeminus; dabei war die Backe gerötet und heiß; eben dieselbe hatte manchmal schmerzhafte Parästhesien im Fuß: derselbe war während der Anfälle marmorweiß und anästhetisch.

Einigemal wurden im Anschluß an katatonische Erregungszustände starke Rückenschmerzen beobachtet.

Am häufigsten sind die vasomotorischen Störungen: fast in der Hälfte der Fälle wurde spontan oder auf Anreden eintretende Gesichtsrötung gesehen, sehr oft auch mit Freibleiben der Mundpartie.

In einem Falle trat nach einem katatonischen Anfalle Gesichtsödem auf.

Hierher gehören wohl auch die verschiedenartigen Pupillenstörungen.

Ob Anfälle von Brechen und Schweißausbruch, die sehr häufig sind, als katatonische Äquivalente betrachtet werden müssen, bedarf noch der weiteren Feststellung.

Alle diese somatischen Störungen sind nicht immer vorhanden, sondern treten periodisch auf, manchmal zusammen mit Bewußtseinstrübung.

Bei jugendlichen Personen sind die vasomotorischen Störungen und die echten Anfälle am häufigsten, die Schmerzanfälle und die motorischen Störungen im Facialis scheinen auch späterhin vorzukommen.

Wenn auch die beschriebenen somatischen Symptome hinter den psychischen weit an Wichtigkeit zurückstehen, so können sie doch manchmal von diagnostischem Werte sein.

Diskussion. — *Pappenheim*-Heidelberg erörtert die Auffassung der Heidelberger Psychiatrischen Klinik. Dort ausgeführte katamnestische Untersuchungen zeigten, daß eine nicht unerhebliche Zahl von Kranken, bei denen vor vielen Jahren die Diagnose Dementia praecox gestellt wurde, vollständig gesund wurde. Der in einem Teile der Fälle von einzelnen Nachuntersuchern konstatierte leichte Defekt konnte durch genaueres Studium in schon vor der Psychose vorhandene, psychopathische, degenerative Züge aufgeklärt werden.

Derartige Fälle müssen von der Dementia praecox abgetrennt werden, nicht wegen des Ausgangs, da ja die Möglichkeit einer Heilung der Dementia praecox zugegeben werden muß, vielmehr deshalb, weil man meist schon während des Bestehens der Psychose durch sorgfältige Berücksichtigung gewisse Gesichtspunkte: wie Vorgeschichte, Beginn, meist auch gewisse

Züge des Zustandsbildes erkennen kann, daß es sich um eine heilbare Psychose handele. Es gelingt sogar, aus den vor Jahren in der Klinik geführten Krankengeschichten nach diesen Gesichtspunkten die Fälle auszuscheiden, in denen die Diagnose Dementia praecox irrtümlich gestellt wurde. Die in Frage stehenden Fälle kann man, wie es scheint, in drei Gruppen einteilen. Einmal handelt es sich um degenerierte Zustände, die den *Ganser*schen mehr oder minder ähneln, und die man wohl zu den hysterischen Psychosen rechnen kann. Zweitens sind es Zustände, die im Anschluß an ein großes seelisches Erlebnis akut zum Ausbruch kommen, und die vielleicht zum Teile zum manisch-depressiven Irresein gehören, zum Teile aber sich nirgend recht einreihen lassen. Schließlich sind es Fälle, auf die *Wilmanns* bereits hingewiesen hat — katatonische Zustandsbilder nämlich, denen zyklothymische Schwankungen vorausgingen, und die immer zur Genesung führen; die man auch berechtigt ist, als eigenartige Zustände des manisch-depressiven Irreseins zu bezeichnen.

Gemeinsam ist diesen Zuständen das akute Beginnen im Gegensatze zur Dementia praecox, bei der, wie es scheint, der allmähliche, schleichende Beginn vorwiegt. In einem Teil der Fälle wird ein akuter Beginn dadurch vorgetäuscht, daß die ersten Zeichen der Erkrankung übersehen werden, und nicht zu unserer Kenntnis gelangen. Nur ein geringer Bruchteil der Fälle von Dementia praecox mag akut einsetzen. Jedenfalls erscheint bei akut beginnenden Psychosen die größte Vorsicht quoad Diagnose Dementia praecox geboten. Die meisten akut einsetzenden Psychosen sind heilbar. Die Dementia praecox dagegen, die meist schleichend beginnt, führt — mitunter allerdings nach Remissionen, die einer Heilung ganz gleich sehen können — schließlich fast stets zur Verblödung.

*Kreuser*-Winnental: Ein großer Teil der Einwendungen gegen die *Kraepelin*sche Dementia praecox dürfte hinfällig werden mit dem Schwinden des Krankheitsnamens. Ob freilich die Schizophrenie sich mehr Anerkennung erringen wird, kann dahingestellt bleiben. Der Name hat jedenfalls den Vorteil, daß er nicht so leicht ins Deutsche übersetzt werden kann von jedem, der einmal eine Lateinschule besucht hat. Damit schwindet die weite Verbreitung der üblen prognostischen Bedeutung der gestellten Diagnose. — Darüber, daß eine Krankheitsform existiert, die der *Kahlbaum*schen Katatonie, späteren *Kraepelin-Aschaffenburg*schen Dementia praecox entspricht, ist ja heute kaum mehr ein Zweifel. Unsicher ist nur noch, welche wesentlichen Momente das Krankheitsbild zusammenhalten, welche sie von andern Formen zuverlässig unterscheiden. Daß es die Demenz nicht ist, weder die intellektuelle noch die gemütliche, ist schon hervorgehoben. Eine wesentliche Förderung bringt wohl die Unterscheidung von primären und sekundären Störungen. Sie deckt sich vielleicht mit der alten Unterscheidung von Reiz- und Ausfallssymptomen. Sind die letzteren prognostisch von entscheidender Bedeutung, so sind die Reizerscheinungen entscheidend für die Differentialdiagnose. Sie

richtig zu erkennen in ihren Beziehungen zur Veranlagung und zur ganzen Ätiologie muß unsere Hauptaufgabe sein, wobei es außerordentlich wichtig ist, sie auseinanderzuhalten von dem, was nur zeitweilig darniederliegt, und was endgültig als verloren gegangen betrachtet werden muß.

*Friedländer*-Hohe Mark: Aus einer Reihe von Fällen, die lange in meiner Anstalt und noch länger nach ihrer Entlassung verfolgt wurden, greife ich nur einen heraus. Ein junges Mädchen erkrankte nach einem langen Vorstadium der Depression, das vor ihrem Eintritt in meine Behandlung als Melancholie (Brautpsychose) gedeutet wurde, an typischer Katatonie. Alle ärztlichen Beobachter stellten gleich mir eine schlechte Prognose und rieten von der Verehelichung ab. Die Patientin machte alle Stadien durch, schwerste katatonische Anfälle brachten sie an den Rand des Grabes. Nach vielmonatiger Behandlung in der geschlossenen Abteilung wurde die Patientin in die offene Abteilung verlegt, ein in die Anstalt eingetretener, der Kranken sympathischer (weil er in der schweren Krankheitsperiode nicht um sie gewesen war), neuer Assistenzarzt gewann das Vertrauen der Patientin, es trat rasche Klärung und „Heilung" ein. Gegen den ärztlichen Rat vermählte sich die junge Dame; sie ist bis heute (2 Jahre etwa) gesund geblieben.

Wir müssen nun unterscheiden — wie ich glaube — zwischen dem, was wissenschaftlich wertvoll, und was praktisch und sozial — worin sich meine Ansicht völlig mit der von *Raecke* und *Meyer* deckt — wichtig ist. Die Frage, ob die Katatonie und Dementia praecox im Sinne *Kraepelins* unheilbar ist, wenn sie auch Remissionen zeigen kann, kann nicht nach zwei- und fünfjähriger Beobachtung, sondern nur nach jahrzehntelanger entschieden werden. Bis dahin aber sollen wir in der Prognose äußerst vorsichtig sein, denn die Angehörigen vergeben eher einen Irrtum, der ihnen vergönnte, an eine Besserung oder Heilung zu glauben, als das Umgekehrte — und das mit Recht. Solange die absolute Exaktheit der Diagnose fehlt, ist bei der Stellung der Prognose größte Zurückhaltung am Platz.

*Näcke*-Hubertusburg: Vier Spezialpunkte werden berührt: 1. *Pilcz* hat bei 49 % der Dementia praecox in der Aszendenz Paralyse gefunden, ich nie. Dieser Frage muß man nähertreten. 2. *Bleuler* behauptet, daß bei der Dementia praecox nie Aufhören der Verwandtenliebe usw. eintritt. Dies glaube ich bestreiten zu müssen, um so mehr, als die Affektivität mehr leidet in den unheilbaren Fällen, als der Intellekt. 3. Das Material an Dementia praecox ist von Anstalt zu Anstalt sicher sehr verschieden. So habe ich z. B. bei einer großen Erfahrung nur ganz selten epileptoide Anfälle gesehen, ebenso die bekannte Schnauzbildung des Mundes. 4. Es gibt Fälle, wo Dementia praecox von manisch-depressivem Irresein kaum zu unterscheiden ist, will man nicht etwa in einem solchen Falle von periodischer Katatonie sprechen. Ein solcher Fall wird skizziert.

*Kraepelin* hat gehofft, daß aus dem Riesentopf der Dementia praecox einzelne Formen sich würden gewinnen lassen. Insbesondere gewisse ein-

fache chronisch-halluzinatorische Formen, die Fälle mit dauernder Sprachverwirrtheit, vielleicht auch die Spätkatatonien schienen ihm dafür geeignet. Wie weit auch gewisse konstitutionelle Zustände dem Gebiet der Dementia praecox angehören, wird weiterer Untersuchung bedürfen. Ob die Affektstörungen vom Kollegen *Bleuler* mit Recht als „sekundäre" Symptome aufgefaßt werden, ist ihm zweifelhaft. Daß die Dementia praecox grundsätzlich heilen kann, wird zuzugeben sein; über die Häufigkeit der praktischen oder wissenschaftlichen Heilung dürften kaum wesentliche Meinungsverschiedenheiten bestehen. Katamnestische Erhebungen sind nur dann von Wert, wenn sie persönlich geschehen und sich über sehr lange Zeit erstrecken. Die Hauptschwierigkeit für die Gewinnung zuverlässiger Prognosen bilden aber die Fehldiagnosen. Vor allem wissen wir nicht, was eigentlich als „katatonisches Symptom" zu bezeichnen ist. Bei Hysterischen und Manisch-Depressiven kommen eine Reihe von Krankheitszeichen vor, die wir katatonisch nennen, ohne daß sie für die Dementia praecox kennzeichnend wären. Als der Hauptwert der Aufstellung der Dementia praecox wird die durch sie angeregte Verbindung zwischen der Forschung in Klinik und Anstalt zu betrachten sein; die hier liegenden Fragen können nur durch Zusammenarbeiten beider gelöst werden.

*Neisser*-Bunzlau: Für diesen Appell zu gemeinsamer Forschung von Kliniken und Anstalten, wie überhaupt für die Wiedererweckung der Lust an klinischer Arbeit haben wir allen Grund, Herrn *Kraepelin* dankbar zu sein. Und nicht zum wenigsten war es die Aufstellung der Lehre von der Dementia praecox, welche in dieser Richtung einen mächtigen Ansporn gebracht hat. Wenn wir uns nach den interessanten Referaten nun fragen, was das Neue an der Lehre ist, nach welcher Richtung sich ein Umschwung der Ansichten vollzogen hat, und was wir schon als gesicherten Besitz betrachten dürfen, so wird man es mir vielleicht nicht verdenken, wenn ich an die Zeit anknüpfe, als ich vor 21 Jahren in meiner Doktor-Dissertation versuchte, die Anerkennung der Krankheitsform der Katatonie herbeizuführen, welche damals in Deutschland teils als abgetan galt, teils in Vergessenheit geraten war. Damals stand unter den Gegnern auch Herr *Kraepelin*. In seinem Kompendium hatte er weder das Wort Katatonie erwähnt, noch fand sich eine entsprechende Krankheitsschilderung. In der dann folgenden Auflage des Lehrbuchs machte er eine für die damals herrschende klinische Richtung sehr charakteristische Konzession, indem er sich zu der Aufstellung einer besonderen Form, der „katatonischen Verrücktheit", entschloß. Ich brauche wohl nicht zu sagen, daß es sich für mich bei dieser Erinnerung nicht um die Wandlung, die Herr *Kraepelin* durchgemacht hat, handelt — dieselbe vollzog sich ja vor aller Augen und sehr zum Nutzen der Sache —, sondern ich meine, daß gerade seine damalige Aufstellung einer katatonischen Verrücktheit recht geeignet ist, die Änderung gewisser klinischer und allgemeinpathologischer Gesichtspunkte ins Licht zu setzen. Das

Wesentliche der „Verrücktheit" wurde damals von manchen Autoren geradezu mit der theoretischen Definition einer „Verrückung des Ichstandpunktes" gekennzeichnet; auf alle Fälle wurde dem Auftreten bestimmter Wahnbildungen eine spezifische Dignität beigemessen, die für die Diagnose entscheidend war. Ich hatte dagegen — wie ich glaube, auch ganz im Sinne *Kahlbaums* — postuliert, daß die Gesamtheit der Symptome, ihr Neben- und Nacheinander, der Verlauf und der Ausgang die Grundlage der klinischen Diagnostik bilden müsse. Dieser klinische Standpunkt ist inzwischen — nicht zum wenigsten dank *Kraepelins* eigenen Arbeiten — Gemeingut geworden, und von ihm aus ist die großzügige Lehre von der Dementia praecox konzipiert und durchgeführt. Wenn hierbei vielleicht zunächst die Prognose zu einseitig betont und zu einheitlich beurteilt worden ist, und wenn ferner vielleicht auch der Rahmen noch zu weit gespannt worden sein mag, so glaube ich doch, daß es heute die übereinstimmende Ansicht ist, daß wir durch *Kraepelins* Aufstellung der Dementia-praecox-Gruppe in der naturwahren Auffassung der betreffenden psychischen Krankheitsprozesse einen wichtigen Schritt vorwärts gekommen sind und klinische Anschauungen von bleibendem Wert gewonnen haben.

In speziell pathologischer Hinsicht hat gegenüber der früheren Paranoialehre die Lostrennung der Dementia paranoides wohl die einschneidendste Bedeutung. Die inzwischen erfolgte Heraushebung der „episodischen Wahnbildungen bei Degenerierten" durch *Bonhoeffer* hat eine wichtige und notwendige Korrektur gebracht. Andererseits können sich viele, zu denen auch ich gehöre, mit *Kraepelins* Auffassung des Querulantenwahns als des Paradigmas der echten Paranoia nicht einverstanden erklären. Bei dieser Gruppe der Dementia praecox ist also noch manches ungeklärt und in fließender Entwicklung.

Völlige Übereinstimmung herrscht auch noch nicht bezüglich der Katatonie, wenn auch zweifellose Fortschritte gemacht sind. Das Vorkommen katatonischer Symptome bei verschiedenartigen Psychosen ist sorgsamer studiert worden, man hat die Prognose revidiert, welche von *Kahlbaum*, mir und anderen entschieden zu günstig beurteilt worden war, und man hat damit ihre Beziehung zu den „Verblödungsprozessen" namentlich des jugendlichen Alters, auf die *Fink* schon vor längerer Zeit hingewiesen hatte, wahrscheinlich gemacht. Immerhin erscheint mir die Tatsache sehr beachtenswert, die *Bleuler* in seinem Referat mitgeteilt hat, wenn ich ihn recht verstanden habe, daß in einem sehr hohen Prozentsatz der Fälle, in denen von Anbeginn an der Prozeß als ein katatonischer sich darstellt, die katatonischen Symptome dauernd persistierten. Ich erlaube mir hierzu auf die Ausführungen zu verweisen, welche ich in einem wenig beachteten Referate über den Stand der Lehre von der Katatonie auf der Versammlung mitteldeutscher Psychiater zu Leipzig vor einer Reihe von Jahren gemacht habe [1]).

[1]) Arch. f. Psych. Bd. 32.

Den größten Fortschritt hat aber meiner Meinung nach die Lehre von der einfachen Dementia praecox gebracht. Man kannte ja solche Fälle früher wohl auch schon; ich erinnere vor allem an eine Arbeit von *Pick* aus dem Jahre 1891, welcher die Krankheit schon völlig der modernen Auffassung entsprechend gedeutet hat. Aber man hat doch wohl von der Häufigkeit der Fälle nicht die richtige Vorstellung gehabt, und man hat namentlich dann die Fälle nicht richtig bewertet, wenn depressive oder manisch gefärbte oder paranoide Phasen mehr weniger ausgeprägt in den Verlauf eingeschaltet waren. Das verdanken wir erst *Kraepelin* und *Bleuler* und ihren Schülern — insbesondere möchte ich die Arbeit von *Diem* hervorheben —, daß diese Formen an einem reichen klinischen Material besser studiert und in ihrer Beziehung zu den anderen progressiven Krankheitsprozessen gewürdigt worden sind.

Nun hat *Bleuler* der Lehre von der Dementia praecox einen neuen bedeutsamen Inhalt zu geben versucht, indem er auch in symptomatischer Beziehung Besonderheiten betonte, welche in eigenartigen Störungen des Assoziationsmechanismus bestehen und die wesentlichste primäre Wirkung des zugrundeliegenden Krankheitsprozesses darstellen sollen. Und wenn ich ihn richtig verstanden habe, hat Herr *Jahrmärker* sich ihm hierin jetzt rückhaltlos angeschlossen.

Von besonderem Interesse war mir hierbei, aus dem Referat von *Bleuler* zu ersehen, daß die Scheidung von primärer und sekundärer Symtomatologie für eine grundsätzliche Notwendigkeit erklärt wird. Ich begrüße das mit Freude, da ich ja bekanntlich diese Scheidung in meinen klinischen Arbeiten von jeher mich bemüht habe in den Vordergrund zu stellen und durchzuführen. Allerdings nehme ich an, daß es ein Mißverständnis des Herrn *Kreuser* war, wenn er meinte, die Begriffe: „Reiz"- und „Ausfallserscheinungen" dafür einsetzen zu können. Ich hoffe, daß Herr *Bleuler* dazu sich noch äußern und dies bestätigen wird. Ich möchte glauben, daß das gegenseitige Verhältnis von Reiz- und Ausfallserscheinungen ein anderes und durch *Wernicke* endgültig festgelegt ist. Interessant ist nun aber, daß gerade die *Kraepelin*sche Dementia praecox Herrn *Bleuler* bei dem Versuch seiner symptomatischen Analyse zu der Betonung jener grundsätzlichen Scheidung geführt hat. Denn mag man über die *Kraepelin*schen Krankheitsschilderungen denken wie man will: das Eine wird jeder zugeben, daß sie von einer Unterscheidung primärer und sekundärer Symptome völlig frei sind; es sind stets umfassende, gewissermaßen einheitliche Seelengemälde, welche aber den Gesamthabitus der Zustände so geschickt treffen, daß die Subsumierung der Einzelfälle im Sinne des Autors aus der allgemeinen Ähnlichkeit des Bildes in der Regel gelingt.

Und noch in einer zweiten Hinsicht drängt sich ein Vergleich mit den *Kraepelin*schen Krankheitsdarstellungen angesichts der *Bleuler*schen Symptomanalysen auf, der ein eigenartiges Interesse bietet. Bei der

kollektivistischen Art der Gruppenbildung, wie sie von *Kraepelin* und seiner Schule vollzogen wurde, fand unstreitig bei der Diagnostik und namentlich bei der Prognostik der individuelle Faktor nicht die gebührende Berücksichtigung. Nun ist das Interessante, daß *Bleuler* und seine Schüler (*Jung, Riklin*) gerade von dem allerindividuellsten Faktor, dem persönlichen Erlebnis, dem affektbetonten Komplex ihren Ausgang nehmen und ihm für die ganze weitere Symptomausgestaltung die entscheidende, zum mindesten formgebende Rolle zuweisen. Es ist in diesem Augenblick naturgemäß nicht möglich, die tiefgreifende Frage der Bedeutung der affektbetonten Komplexe zu diskutieren, doch möchte ich gegenüber den Angriffen, denen besonders Herr *Jung* ausgesetzt war, nicht unbetont lassen, daß ich seine Bestrebungen, die Symptome von dieser neuen psychologischen Seite her zu erschließen, für sehr dankenswert und anregend halte, wenngleich auch ich glaube, daß vieles Einzelne einseitig, übertrieben und sogar kraß willkürlich an der Auffassung ist. Aber sei dem wie ihm wolle, auf alle Fälle sind es Probleme zunächst der allgemeinen Psychiatrie, welche hier ihrer Lösung harren. Und hiermit komme ich zu dem Punkte, der mich veranlaßte, das Wort in der Diskussion zu erbitten: ich möchte dringend davor warnen, den Namen „Schizophrenie" anzunehmen. Gewiß ist, wie vorhin betont wurde, der Name Dementia praecox nicht ganz befriedigend; wir wissen aber nur alle, was damit gemeint ist, und können vorläufig klinisch damit arbeiten. Dagegen möchte ich mich gegen den Namen Schizophrenie wenden, nicht nur, weil er sprachlich sich nicht leicht einbürgern dürfte, sondern darum, weil er nicht von unmittelbar der klinischen Beobachtung zugänglichen Erscheinungen, sondern von einer theoretischen Anschauung über das Wesen des Krankheitsprozesses seinen Ausgang nimmt. Die Frage, welche Bedeutung im Assoziationsspiele affektbetonte Komplexe überhaupt haben, welchen Einfluß sie auf die Assimilation neuer Eindrücke und Wahrnehmungen üben, wie sie auf das früher erworbene Erfahrungsmaterial zurückwirken, welchen Zusammenhang sie nach Form und Inhalt mit anderen körperlichen und psychischen Vorgängen haben, die Frage ferner, welche Veränderungen im Assoziationsmechanismus Sinnestäuschungen und Wahnideen bewirken, in welcher Weise und inwieweit sie Affekte auslösen bzw. selbst durch Affekte ausgelöst und beeinflußt werden, alle diese und viele andere damit im Zusammenhang stehende Fragen allgemein-pathologischer Natur bedürfen meines Erachtens vorerst einer sorgfältigen Bearbeitung und Klärung, ehe die spezifische Natur der Komplexwirkungen bei der Dementia praecox als gesichertes Wissen eingeführt werden kann. Es will mir nicht unmöglich scheinen — ich sage dies allerdings mit allem Vorbehalt, da vorerst nur ein Teil der Studien veröffentlicht ist —, daß *Bleuler* und *Jung* mit ihrer Symptomanalyse nicht etwas lediglich der Dementia praecox Zukommendes zutage gefördert, sondern einen Beitrag zur allgemei-

n e n Psychopathologie geliefert haben. Ja, ich möchte es für nicht ganz ausgeschlossen halten, daß *Bleuler*, w e i l er in der Art der Komplexwirkungen das Kennzeichnende der Dementia praecox erblickt, allmählich im Laufe dieser Studien dazu gekommen ist, den Rahmen dieser Krankheit soweit und immer weiter zu spannen. Auf alle Fälle scheint mir durch eine solche Namengebung die Gefahr gegeben, daß die unbefangene, empirisch klinische Krankheitsbetrachtung Schaden leide.

*Heilbronner*-Utrecht wendet sich gegen die Einführung des Begriffs der Schizophrenie, der im wesentlichen mit der „Sejunktion" *Wernickes* zusammenfiele, aber nicht als ein „Symptom" angesehen werden kann, das einer spezifischen Psychose zukommt; diese theoretische Konstruktion kann nicht der Abgrenzung einer Krankheit zugrunde gelegt werden. Bei den ärztlich erhobenen Katamnesen werden viel gründlichere Angaben erhalten, als es zum Zwecke der Feststellung der Anamnese möglich ist; dadurch entsteht die Gefahr, vermeintlich durch die Psychose gesetzte Residuärsymptome zu statuieren, wo in Wirklichkeit Abweichungen nach der Psychose weiterbestehn, die schon eher bestanden. *H.* würde es sehr bedauern, wenn die heutigen Referate zur Folge hätten, daß die Abgrenzung degenerativer usw. Zustände von der Dementia praecox, die neuerdings angebahnt wurde, wieder in Frage gestellt würde.

*Raecke*-Kiel betont gegenüber Herrn *Kraepelin* die Bedeutung und den Wert der von den Angehörigen erhobenen Katamnesen.

*Urstein*-Rußland: Ich hatte die Absicht, Ihnen heute über die Ergebnisse meiner Untersuchungen zu berichten, welche ich im Laufe der letzten Jahre auf Grund einer ganz genauen Analyse von etwa 600 Dementia-praecox-Fällen gewonnen habe. Allein mein Material hat einen derartigen Umfang angenommen, es haben sich mir so viel Fragen aufgeworfen, die erörtert werden müßten, zumal ich mir über die heute geltenden Grundanschauungen eine abweichende Meinung gebildet habe, daß es mir unmöglich wäre, im Rahmen eines Vortrages eine noch so kurze und summarische Übersicht zu geben. Ich will mich daher begnügen, im Anschluß an die eben gehörten Vorträge einiges anzuknüpfen.

Vorausschicken muß ich jedoch, daß meine Kasuistik all den Anforderungen genügt, die auch heute von einigen Referenten gestellt wurden; sie entstammt zum großen Teil der Heidelberger Klinik und stellt sozusagen das älteste *Kraepelin*sche Material dar. Es waren dies Fälle, welche vom Jahre 1891 bis 1896 als Dementia praecox diagnostiziert wurden, im ganzen etwa 230 Patienten, die ich, soweit sie in Anstalten oder zu Hause erreichbar waren, nachuntersuchen konnte. Auch hier, in Herzberge, habe ich nur solche Fälle verarbeitet, die mindestens seit 10—15 Jahren in der Irrenanstalt beobachtet wurden. Dadurch aber, daß eine sehr große Anzahl von Patienten 20—30, viele 40 Jahre in Anstalten verpflegt wurden und einzelne bis zu 50 Jahren krank gewesen sind, vermochte ich ein ganz anschauliches Bild über die Symtomatologie, den Verlauf

und Ausgang, somit auch über die Prognose der Dementia praecox zu gewinnen. Was nun die Symptomatologie der Dementia praecox betrifft, so werde ich durch eine große Anzahl von Fällen beweisen können, daß sie sich vollkommen mit jener decken kann, die nach der heute, besonders von der jüngeren *Kraepelin*schen Schule vertretenen Anschauung als charakteristisch für das manisch-depressive Irresein angeführt wird. Und in der Tat boten viele der nun seit Jahr und Tag kataton Verblödeten im Beginn und nach jahrelangem Bestehen des Leidens Symtomenkomplexe dar, die sich von der typischen zirkulären Depression bzw. vom manischen Erregungszustand in nichts unterschieden. Als ein höchst unzuverlässiges Symptom hat sich mir zum Beispiel die sogenannte intrapsychische, die subjektive psychomotorische Hemmung erwiesen, desgleichen das Insuffizienzgefühl. Ich habe beides mindestens so oft bei der Dementia praecox wie beim manisch-depressiven Irresein gefunden. Ebensowenig spricht gegen die Dementia praecox eine Periodizität, ein Wechsel bzw. Übergang der Depression mit Hemmung und sonstigen sog. zirkulären Momenten in einen exquisit manischen Zustand mit Ideenflucht, Ablenkbarkeit, gehobener Stimmung, Betätigungsdrang und ähnlichem mehr. Ich kann nur betonen, daß das manisch-depressive Irresein heute ein ebenso bequemer „Sammeltopf" geworden ist, wie es früher der „Paranoia-Topf" gewesen, in den alles Heterogene hineingeworfen wurde. Mir ist es zweifelhaft geworden, ob nicht einige Mischzustände vielmehr von vornherein als Katatonien gedeutet werden müßten; ebensowenig glaube ich, daß alle Melancholien im früheren *Kraepelin*schen Sinne wirklich Zustandsbilder des manisch-depressiven Irreseins seien. Aus der *Dreyfus*schen Arbeit scheint mir die Notwendigkeit, jene wohl charakterisierte nosologische Entität aufzugeben, nicht hervorzugehen. Ich kann auch hier auf Einzelheiten nicht eingehen, werde aber später meine Anschauung zu begründen suchen. Dagegen will ich hier noch ein Wort über die Prognose der Dementia praecox sagen. Zweifellos ist dieselbe viel günstiger, als ursprünglich angenommen wurde. Allein es handelt sich doch nur um eine relativ und nicht um eine absolut günstige Prognose. Zwar gibt es Remissionen, die so weitgehend sind, daß sie als absolute Heilungen imponieren können und müssen, wo man jahre- und oft jahrzehntelang bei dem entsprechenden Patienten nichts Krankhaftes nachzuweisen vermag, aber eine Dauerheilung ist es dennoch nicht. Über kurz oder lang stellt sich ein Anfall ein, der nun die Diagnose sichert und häufig genug zu Verblödung führt. Unter den 600 Fällen, die ich zu verfolgen Gelegenheit hatte, fand ich nicht einen einzigen, der dauernd geheilt geblieben wäre. Im allgemeinen kann man wohl sagen, daß, je geringer der Defekt ist, welcher nach der ersten oder den folgenden Attacken zurückblieb, mit um so größerer Wahrscheinlichkeit ein neuer Anfall zu erwarten sei. Ich glaube aber wohl, daß man aus dem Beginn, d. h. auf Grund der Symptomatologie, wird sagen können, ob im gegebenen Falle eine Remission bzw.

temporäre Genesung eintreten wird oder nicht. Denn es gibt Symptome, die einen prognostischen Schluß zuzulassen scheinen. Was nun die Endzustände betrifft, so schließe ich mich bezüglich der Affektivität vollkommen den Vorrednern an. Ich werde aber auch hier einiges zu ergänzen haben. Ein Versuch, den Zeitpunkt festzustellen, wie lange nach Beginn des Leidens sich der katatone Endzustand ausbildet, ging fehl. Wiederholt habe ich auch gefunden, daß Patienten, die viele Jahre lang anscheinend Endzustände geboten, noch leidliche Remissionen bekamen und bisweilen sogar für kurze Zeit entlassen werden konnten. Daß die manischen bzw. depressiven Symptome, wie Herr *Bleuler* meinte, als sekundär aufzufassen sind, glaube ich nicht, denn es gibt zahlreiche Fälle, in denen rein zirkuläre Symptome viele Jahre, oft noch länger bestehen, und wo erst später katatonische Symptome auftreten, bis sich schließlich ein Endzustand ausbildet. Ein Abschnitt von 10 Jahren beweist freilich gar nichts. Ich bin darin sehr vorsichtig geworden; Material, das nur ein Dezennium alt ist, darf nach meiner heutigen Erfahrung nicht benutzt, Schlüsse, die man aus einer solchen Kasuistik zieht, nicht verallgemeinert werden. Ich für meine Person bedaure es, daß *Kraepelin* den jüngeren Kraepelinianern zuviel Konzessionen macht, und werde in der Lage sein, dies an der Hand meines großen Materials zu beweisen. Ich selbst will mich lieber an den alten *Kraepelin* halten, an die Anschauungen, die ihm und *Aschaffenburg* in den Jahren 1891 bis 1896 beim Diagnostizieren maßgebend gewesen sind.

Zum Schluß noch ein Wort über die katatonischen Anfälle. Nach meiner Zusammenstellung traten sie in etwa 20 % der Fälle auf und zwar bei Frauen mindestens doppelt so oft wie bei Männern. Ich möchte jedoch bemerken, daß ich nur solche Anfälle als katatonische bezeichnete, welche mit Verlust des Bewußtseins einhergingen und genau dem Symptombilde der Epilepsie entsprachen. Ohnmachten und Schwindelanfälle, sofern sie nach dem 40. Lebensjahre auftraten und auf etwaige Arteriosklerose bzw. andere organische Ursachen bezogen werden konnten, habe ich von vornherein ausgeschaltet. Ich muß auch hier manche Details übergehen und will nur auf zwei Punkte hinweisen. Erstens auf die recht interessante Tatsache, daß ich die Anfälle fast ausschließlich bei solchen Individuen feststellen konnte, die hereditär belastet waren. Allerdings habe ich früher, als ich mir entsprechende Auszüge aus den Krankengeschichten machte, auf diesen Zusammenhang wenig geachtet, und so kommt es, daß ich zumal bei Männern in mehreren Fällen Angaben über Heredität vermisse. Wo ich aber in der Lage gewesen bin, die Krankengeschichten nochmals durchzusehen oder die Angehörigen der Patienten zu sprechen, vermochte ich meine Vermutung regelmäßig zu bestätigen. Ob man indes allein schon aus der Feststellung der Anfälle auf vorhandene Belastung schließen darf, wage ich noch nicht zu behaupten. Hält man sich aber an die Vergiftungstheorie der Dementia praecox, so läßt sich der Befund

in der Weise erklären, daß ein von Haus aus minderwertiges Gehirn auf das Toxin mit bedrohlicheren Symptomen reagiert.

Ganz besonders hinweisen will ich endlich darauf, daß ich ziemlich oft als Vorläufer der echten katatonen bzw. epileptiformen Anfälle solche gefunden habe, die jahrelang ganz und gar unter dem Bilde der Hysterie verliefen; also Anfälle bei erhaltenem Bewußtsein mit typischem arc de cercle, enormer Suggestibilität, Globusgefühl u. a. m. Einzelne dieser Patienten boten jahrelang einen exquisit hysterischen Charakter dar. Auch hierauf werde ich in meiner ausführlichen Arbeit noch zurückkommen müssen.

*Jahrmärker* betont im Schlußwort die Bedeutung der sachgemäß erhobenen Anamnese und weist die Auffassung zurück, daß ein theoretisches Gebäude konstruiert werde; die Lage der Heilung im sozialen Sinne sei mit Absicht nicht erörtert worden.

*Bleuler* (Schlußwort): Die gemütliche Verblödung halte ich für sekundär, weil sich auf verschiedene Weise Affekte nachweisen lassen in allen Fällen, die man genau untersuchen kann.

Den Namen Schizophrenie würde ich nicht verteidigen; wohl aber den Begriff, der angegriffen worden ist. Es handelt sich nach unserer Beobachtung, nicht nach der Theorie, um eine Spaltung der Assoziationen sui generis, die bei allen Fällen von Dementia praecox vorkommt, nicht aber bei anderen Krankheiten. Der *Wernicke*sche Begriff der Sejunktion ist allerdings ein sehr verwandter; da er sich aber weder in seiner Ableitung noch in seinen Konsequenzen mit unserem Begriff der schizophrenen Spaltung deckt, dürften wir den Ausdruck „Dementia sejunctiva" nicht brauchen. — Auch die Begriffe der Reiz- oder Ausfallerscheinungen sind nicht identisch mit denen, die wir als primäre und sekundäre Symptome bezeichnet haben.

*Raecke* bemerkt zu dem Vortrage von Herrn *Hüfler*, daß vasomotorische Störungen und Schmerzanfälle auch bei Manisch-Depressiven vorkommen. — Die Diskussion habe gezeigt, daß gegenüber der früher vorhandenen Neigung, die Dementia praecox immer weiter auszudehnen, zurzeit eine rückläufige Bewegung eingesetzt habe. —

Der Vorsitzende dankt den Referenten und schlägt vor, dem gleichzeitig in Frankfurt a. M. tagenden Verein für experimentelle Psychologie ein Begrüßungstelegramm zu senden, was von der Versammlung auch sofort beschlossen wird.

## Zweite Sitzung, Freitag, den 24. April, nachmittags 2 Uhr.

*Alt*-Uchtspringe: Die Heilungsaussichten in der Irrenanstalt.

Nummer 21 der psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift v. J. brachte aus der gewandten Feder unseres Kollegen *Scholz*, des Direktors

der vor wenigen Jahren neueröffneten, den Zeitforderungen entsprechend mit großen Mitteln erbauten und unterhaltenen Posener Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Obrawalde, einen Aufsatz über „die Heilungsaussichten in der Irrenanstalt". *Scholz*, ein Sohn des bekannten, verstorbenen Bremer Psychiaters, ein Schüler von *Pelman* in Bonn, von wo aus er nach verhältnismäßig kurzer Assistentenzeit zum Leiter der evangelischen Privatanstalt Waldbroel berufen wurde, ist weiteren psychiatrischen Kreisen und auch den für das Irrenwesen interessierten Behörden rühmlich bekannt geworden durch einen trefflichen „Leitfaden der Irrenpflege", welchem die von dem deutschen psychiatrischen Verein gewählte Sonderkommission seinerzeit nach meinem Vorschlag den ersten Preis zuerkannte. Die in so gewichtiger Frage abgegebene Meinungsäußerung eines so bekannten Autors, dem in hohem Grade die Gabe zu eigen ist, seine Gedanken ohne Umschweife klipp und klar auszudrücken, hat gewiß von vornherein Anspruch und Aussicht auf Beachtung, nicht nur in Fachkreisen, sondern namentlich auch bei psychiatrisch interessierten Verwaltungsbeamten, zumal die Veröffentlichung in einer psychiatrischen Wochenschrift erfolgte, welche von den betreffenden Behörden gelesen wird. Der Umstand, daß der Aufsatz ohne jeden redaktionellen Hinweis auf andere, entgegengesetzte Anschauungen veröffentlicht wurde, könnte zu der Auffassung führen, daß die *Scholz*sche Meinung gewissermaßen Ausdruck einer in Psychiaterkreisen weitverbreiteten Überzeugung sei, die nur bis jetzt von niemand so deutlich ausgesprochen wurde. Das ist indes, wenigstens so weit ich aus Literatur und regem persönlichen Gedankenaustausch mit älteren und jüngeren Fachkollegen — auch des Auslandes — unterrichtet bin, durchaus nicht der Fall. Es haben auch bereits die Herren *Förster* und *Friedländer* eine Entgegnung in der psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift veröffentlicht.

Meine Herren! Der gewiesene Ort indes zur sachlichen Besprechung und Prüfung der von *Scholz* mit so verblüffender Bestimmtheit beantworteten Frage, die so lange schon behandelt wird, als es überhaupt eine wissenschaftliche Psychiatrie gibt, dürfte unsere Jahresversammlung sein, in der Deutschlands erfahrenste Psychiater vertreten sind, die alle ausnahmlos Klarheit darüber haben wollen, ob die Anstalt auch die Heilungsaussichten günstiger zu gestalten und überhaupt zu beeinflussen oder lediglich Pflegedienste zu leisten vermag. Das von unserem Kollegen *Scholz* nach 15 jähriger psychiatrischer Berufstätigkeit öffentlich abgegebene, von der Redaktion eines Fachblattes unwidersprochen zum Ausdruck gebrachte psychiatrische Glaubensbekenntnis besagt nämlich klipp und klar, unsere Irrenanstalten sind ausschließlich Pflegestätten, welche die Heilchancen in keiner Weise zu bessern, den Heilverlauf auch der an sich heilbaren Psychosen nicht

irgendwie zu fördern oder zu beeinflussen vermögen. „Wie eine Manie hat", so spezialisiert *Scholz* in dramatisch zugespitzter Versinnlichung seiner Lehre, „wird sie wieder los — das ist die Regel, und für die Heilbarkeit besagt es nichts, wo der Patient sein Leiden überwindet, ob mit Stricken gebunden im Spritzenhaus oder im schönen Bett des Irrenhauswachsaales"; „Alkoholiker machen ihr Delirium in der verpönten Krankenhauszelle ebenso rasch durch, wie in der modernsten psychiatrischen Klinik". „Die Krankheit nimmt allemal", so argumentiert er, „den Ausgang, den sie nehmen muß, ohne Rücksicht auf die Einflüsse von außen."

Meine Herren! Den Anstoß zu der *Scholz*schen Veröffentlichung hatte ein auf Ersuchen der Posener Landesdirektion erstatteter Bericht darüber gegeben, wie es komme, daß in den Anstalten der Provinz so wenig Kranke als heilbar bezeichnet würden. Obgleich *Scholz* in diesem Bericht ausgeführt hatte, es sei ihm zweifelhaft, ob eine frühzeitig eingeleitete Anstaltsbehandlung bessere Heilungsaussichten biete als eine verzögerte, beschloß der Posener Provinzial-Landtag, wahrscheinlich infolge entgegenlautender Berichterstattung der anderen Anstaltsdirektoren, den Ortsarmenverbänden, welche die Einlieferung eines Kranken „zum Heilversuch" beschleunigen, eine Zahlungserleichterung zu gewähren. *Scholz* findet diesen Landtagsbeschluß an sich recht dankenswert, da er manchen Kranken eine rasche gute Pflege verschaffe und Patienten und Publikum vor Mißhelligkeiten und Gefahren schütze, aber seine ursprüngliche Absicht werde er nicht erreichen. „Nicht ein einziger Kranker", verkündet *Scholz* mit prophetischer Gewißheit, „wird in Zukunft schneller geheilt werden als vordem."

Meine Herren, es will mir bedünken, *Scholz* hätte erst eine Reihe von Jahren die etwaige Wirkung dieses Landtagsbeschlusses abwarten und dann an der Hand der in seiner und den übrigen Posener Anstalten gesammelten Erfahrungen erneut gründlich prüfen müssen, ob sein Zweifel auch dann noch vollauf zu Recht bestehe, ob nicht vielleicht das erleichterte und beschleunigte Aufnahmeverfahren auch ihm, der die Psychosen der Provinz Posen doch erst kürzere Zeit kennt als die übrigen dortigen Anstaltsleiter, den und jenen Fall zugeführt hätte, dessen Verlauf zugunsten der von seinen Kollegen vertretenen Anschauung spräche. Wie mancher kluge, erfahrene Arzt hat auf Grund theoretischer Erwägungen und langer Beobachtung eine Behandlungsmethode, eine der seinigen entgegenstehende prognostische Anschauung als veraltet, wertlos und unsinnig erachtet, gleichwohl aber angesichts der bestimmten gegenteiligen Versicherung ehrlicher, tüchtiger Fachmänner gestutzt — und dann in Bescheidenheit vorurteilslos neue Erfahrungen gesammelt, die sein ursprüngliches Urteil gründlich änderten! Sollte es da ganz unmöglich sein, daß ein schon in sehr jungen Jahren der Korrektur eines Chefs enthobener Psychiater nach erneuter vorurteilsloser Beobachtung *unter*

den günstigeren neuen Verhältnissen vielleicht auch eine Wandlung seiner Anschauung erleiden könnte, die in schroffem Gegensatz steht zu derjenigen der meisten anderen Berufskollegen! Es ist überflüssig, in dieser Versammlung von Psychiatern einzeln aufzuführen, was die Lehrbücher, Jahresberichte und Einzelabhandlungen über Zweck und Wert frühzeitig eingeleiteter, sachgemäßer Anstaltsbehandlung besagen. Nur einem Autor das Wort zu entleihen sei mir gestattet: „Der Unterschied zwischen den Heilungsaussichten bei häuslicher und denen bei Anstaltsbehandlung ist zweifellos für die Geisteskranken ein viel größerer, als für die an Lungenschwindsucht Erkrankten, für die jetzt mit privaten und öffentlichen Mitteln die Anstaltsbehandlung in großem Maßstabe erstrebt wird", sagt *Hoche* [1]), ein Autor, dessen Urteil doch gewiß auch von *Scholz* nicht gering angeschlagen wird.

Meine Herren! Die mit dogmatischer Bestimmtheit ausgesprochene, völlig unerwiesene und unerweisliche Behauptung, daß durch eine möglichst früh eingeleitete Anstaltsbehandlung nicht ein einziger Kranker schneller geheilt werde, daß an dem Verlauf einer einmal angebrochenen Psychose unsere Therapie nichts zu ändern vermöge, dürfte unter den erfahrenen Psychiatern nicht mehr Anhänger zählen, wie etwa die Ansicht eines Internisten, der da behauptet, daß eine interne Behandlung in keinem Falle den Heilablauf einer inneren Krankheit zu begünstigen und zu beschleunigen vermöge. Therapeutische Nihilisten und Pessimisten hat es stets gegeben und wird es immer geben, solange Ärzte auf der Welt sind; man kann solche Einspänner, mögen es Internisten oder Psychiater sein, getrost ihren einsamen Weg ziehen lassen, sie vermögen Entwicklung und Fortschritte der Therapie nicht aufzuhalten. Wenn aber ein öffentlich bestellter Arzt in leitender Stellung, dem die Behandlung der Kranken und die therapeutische Ausbildung seiner ärztlichen Gehilfen anvertraut ist, jedwede Therapie als ganz und gar fruchtlos erklärt und damit dem Publikum und den Patienten das Vertrauen zu dem ärztlichen Können untergräbt, seiner ärztlichen Mitarbeiter therapeutische Bestrebungen lähmt, so liegt darin eine ernste Gefährdung öffentlicher Interessen, die energische Abwehr erheischt. Würde die von *Scholz* mit dramatischem Zuschnitt verkündete, als Produkt der modernen psychiatrischen Forschung ausgegebene Lehre: „ein heilbarer Geisteskranker genese ebenso sicher und rasch, ob er mit Stricken gebunden im Spritzenhaus oder im schönen Bett des Irrenhauswachsaales liege", Anklang finden bei den Behörden und Mittel bewilligenden Körperschaften, dann würde einem erfreulichen Aufschwung der praktischen Psychiatrie eine Phase tiefen Niederganges folgen, die

[1]) *Hoche*, Die Aufgaben des Arztes bei der Einweisung Geisteskranker in die Irrenanstalt. *Alts* Sammlung zwangloser Abhandlungen, Halle a. S., Karl Marhold, 1900, S. 7.

äußerlich gekennzeichnet wäre durch Anstalten à la Spritzenhaus. Wäre der völlige Bankrott jeder psychiatrischen Therapie erwiesen, wie sollten da junge Ärzte, welche die Heilkunde zu ihrem Lebensberuf erwählt, der Psychiatrie und dem Anstaltsdienst ihre Kräfte weihen. Für das Publikum, für die praktischen Ärzte und für die Behörden würden kaum mehr andere als polizeiliche und wirtschaftliche Gesichtspunkte maßgebend sein zur Einweisung von Kranken in die Pflegeanstalten, denn nur so dürften sie fernerhin sich benennen.

Das so einige der Folgen, welche die *Scholz*sche Lehre nach sich ziehen würde, wenn sie Schule machte.

Und nun der Beweis für diese, wohl nicht ohne inneren Kampf und Schmerz errungene, folgenschwere Erkenntnis und Überzeugung, die mit bestechender Offenheit vorgetragen und mit nachsichtig wohlwollendem Hinweis auf die ältere psychiatrische Schule, der es leichter gewesen, an die Heilwirkung der Anstalt zu glauben, als kostbare Frucht der modernen Psychiatrie mit ihrer einheitlicheren Auffassung vom Wesen des Krankheitsprozesses verkündet und gepriesen wird!

In dem bereits angezogenen Bericht an seine Behörde hatte *Scholz* ausgeführt: „Zwischen der Genesungsziffer und der Anstaltspflege bestehe nur insofern ein Zusammenhang, als bei erleichtertem Aufnahmeverfahren mehr heilbare Kranke in die Anstalt gebracht würden. Und dieser Umstand allein sei die Ursache jener scheinbar besseren Heilungsresultate, die die Anstalten mit schneller Aufnahmefähigkeit gewährten".

Meine Herren! Daß Erleichterung, Vereinfachung und Beschleunigung des Aufnahmeverfahrens den Anstalten mehr heilbare Kranksinnige zuführen und insofern schon an sich, also auch ohne Zutun und Verdienst der Anstalt, die Genesungsziffer der Entlassenen steigern wird, hat wohl niemand bezweifelt, jeder Kundige vorausgesetzt. Die Zahl der Personen, welche im Beginn einer akuten Psychose, ehe ein umständliches Aufnahmeverfahren eingeleitet und verwirklicht ist, draußen an Erschöpfung, Selbstmord, Unfall usw. enden, ist sehr groß, viel größer als selbst manche Psychiater ahnen. Wenngleich ich bei allen Aufnahmegesuchen, aus denen eine Gefahr in vorstehendem Sinne erkenntlich ist, telegraphisch die sofortige Zuführung empfehle, kommt allein in unserem Aufnahmebereich mindestens ein dutzendmal im Jahre die Nachricht, daß infolge eingetretenen Selbstmordes oder Todes die Aufnahme sich erübrige. Und von wieviel Fällen hört man zunächst überhaupt nichts mehr, erfährt dann später gelegentlich, daß der Tod unter den Zeichen einer fieberhaften Gehirnentzündung eingetreten sei.

Auch von den frischen Psychosen, die in konsultativer Tätigkeit zu meiner Kenntnis gelangten, endete ein nicht geringer Bruchteil zu Hause mit raschem Tod, vielfach unter dem Bilde des in früheren Jahrzehnten auch in den Anstalten nicht ganz seltenen Delirium acutum, nachdem die Angehörigen sich trotz des Hinweises auf

solchen voraussichtlichen Ausgang nicht zur Überführung entschließen konnten. Im Gegensatz zu *Scholz*, der meint, die praktischen Ärzte wüßten aus ihrer Praxis nicht oft vom exitus an akuten Psychosen zu erzählen, habe ich von den seit mehr als einem Dezennium zu regelmäßiger Sitzung — jetzt allmonatlich einmal — in Uchtspringe zusammenkommenden Kollegen aus der Altmark und Umgegend gehört, wieviel akute Geisteskranke früher, ehe die so leicht zu bewirkende Verbringung nach Uchtspringe möglich war, rasch verstarben, ehe die Aufnahme in die Wege geleitet oder genehmigt war. Wo die praktischen Ärzte wegen ungenügender Vorbildung und ohne ständigen Kontakt mit Psychiatern die beginnende Psychose nicht als solche erkennen, allenfalls als unbedenkliches, vorübergehendes Begleitdelirium einer körperlichen Erkrankung ansprechen, da dürften solche Todesfälle nach akuter Geistesstörung noch häufiger vorkommen, nur spricht man aus Unkenntnis oder aus Rücksicht auf die Familie nicht von Psychose, sondern nur von Kopftyphus, Nervenfieber, Hirnentzündung.

In den meisten hierher gehörigen Fällen würde durch rechtzeitig eingeleitete Anstaltsbehandlung, auch wenn solche nur rein symptomatisch erfolgte, der rasche Ausgang in Tod vermieden und damit allein schon, falls es eine an sich heilbare Psychose war, die Möglichkeit der Heilung offen gehalten sein. Den Satz von *Scholz*: „Im allgemeinen dürfen die akuten Geistesstörungen nicht zu den tödlichen Krankheiten gerechnet werden, und eine Indicatio vitalis hat die Anstalt bei der Behandlung der Psychosen selbst nur selten zu erfüllen" kann ich auf Grund meiner draußen im Leben und drinnen in der Anstalt gesammelten Erfahrung nicht bestätigen. Jeder Anstaltsleiter, der alljährlich viele Hunderte von Geisteskranken und namentlich auch zahlreiche sogenannte Dringlichkeitsfälle mit Wegfall aller Formalien aufzunehmen Gelegenheit hat, wird gleich mir viele Dutzende von Kranken in einem Zustand von Erschöpfung einliefern sehen, der ohne energisches, sachkundiges Eingreifen den alsbaldigen Tod bedingt hätte. Ein, zwei Tage später, und die Einlieferung hätte nicht mehr zu erfolgen brauchen. Übrigens sind es vielfach gerade die mit Stricken gebundenen oder aus irgend einem Raum à la Spritzenhaus kommenden akut tobsüchtigen Kranken, welche über und über mit Flecken und Schrunden bedeckt, mit borkigen Lippen, klebrigem Schweiß, kleinem jagenden Puls usw. im Zustand äußerster Erschöpfung eingeliefert und nur mühsam durch ärztliche Kunst dem schon nahen Tode entrissen werden.

Meine Herren! Je einfacher, leichter und rascher die Aufnahme der Kranksinnigen in die Anstalt sich bewirken läßt, je mehr Publikum, Ärzte und Behörden sich daran gewöhnen, bei frisch einsetzender Geistesstörung ungesäumt eine Anstaltsbehandlung herbeizuführen, desto mehr heilbare Kranke gelangen zur Aufnahme, desto günstiger gestaltet sich die Genesungsziffer. Aber keineswegs allein deshalb, wie *Scholz* behauptet, weil die Kranken draußen schon gesund würden, ehe noch Angehörige

oder Behörden ihren Entschluß zur Anstaltsüberführung des Erkrankten in die Tat umgesetzt hätten, sondern, wie ich dargelegt zu haben glaube, unter anderen auch um deswillen, weil die Aufnahme gar mancher heilbarer Kranksinnigen durch vorzeitigen, direkt oder indirekt mit ihrer akuten Geistesstörung zusammenhängenden Tod unterbleibt.

Daß infolge nicht rechtzeitig eingeleiteter Anstaltsbehandlung eine von Haus aus akute, heilbare Psychose chronisch oder gar unheilbar werden könne, verneint *Scholz* auf das bestimmteste mit der Begründung, die Krankheit nehme allemal den Ausgang, den sie nehmen muß, ohne Rücksicht auf die Einflüsse von außen, die psychotische Entwicklung bringe nichts Neues, sie sei einfach die Auswicklung bereits vorhandener, latenter Keime. Der Glaube an den exogenen Faktor spiele bei der Entstehung der Psychose in der alten Wissenschaft noch eine größere Rolle, als er es jetzt tut.

Meine Herren! In dieser Unterschätzung des exogenen Faktors, in einseitiger Überwertung des endogenen Momentes scheint mir die durch nichts bewiesene verneinende Behauptung in erster Linie begründet zu sein. Mit Gegenbehauptungen und Hinweisen auf andere Erfahrungen ist natürlich *Scholz* nicht beizukommen, sein Standpunkt ist durch seine Theorie unerschütterlich gefestigt. Er sagt: „Eine akute Amentia genest unter allen Umständen — die Tendenz zur Heilung macht eben die Eigenart ihres Wesens aus. Bleibt die Krankheit, die man ursprünglich für eine Amentia gehalten, ungeheilt, so ist es eben keine Amentia gewesen, man hat sich in der Diagnose geirrt". „Und wo zwei Leiden mit denselben Symptomen beginnen und anfangs sozusagen den gleichen Weg marschieren, um später erst getrennte Pfade einzuschlagen, das eine Mal den zur Genesung, das andere Mal den zur Verblödung, da zögern wir nicht, zu erklären, daß unsere Diagnostik noch zu unvollkommen sei, um gleich bei Beginn die beiden in ihren Symptomen ähnlichen, aber in ihrem Verlauf verschiedenen Prozesse auseinander zu halten."

Meine Herren! Bei solcher Art Beweisführung und Begründung ist einander nicht näher zu kommen, und es dürfte zu den Unmöglichkeiten gehören, einen Psychiater von dem dogmatischen Standpunkt unseres Kollegen *Scholz* jemals zu überzeugen, daß durch Verschleppung der Aufnahme, durch zu spät eingesetzte oder unterbliebene Anstaltsbehandlung irgend eine Psychose ihren Charakter oder auch nur ihren zeitlichen Ablauf zum Schlechteren verändert habe.

Ist denn für die Entstehung der Geistesstörungen der exogene Faktor wirklich gar so nebensächlich und bedeutungslos? Auf unserer letzten Tagung in Berlin hat der nunmehr verewigte Geheimrat *Hitzig*, dem doch gewiß eine vorzügliche Beobachtungsgabe und klares Urteil nicht abzusprechen war, der, nebenbei bemerkt, von dem therapeutischen

Können berufener Psychiater und guter Anstalten vollauf überzeugt war, uns mitgeteilt, wie unverkennbar eine Abnahme der sogenannten Puerperalpsychosen stattgefunden habe. Auch andere erfahrene Psychiater bestätigten die Tatsache, daß im Anschluß an das Wochenbett, offenbar infolge der besseren Aseptik, Wochenbetthygiene und Diätetik, heutzutage weit weniger Psychosen entstünden als früher. Gewiß ein Beweis für die Bedeutung des exogenen Faktors.

Wie hingegen unter besonders ungünstigen äußeren Verhältnissen Psychosen in höherer Zahl entstehen, hat z. B. erst kürzlich der russisch-japanische Krieg erwiesen, in welchem nach dem übereinstimmenden Bericht der russischen Militärärzte infolge der Entbehrungen, Strapazen und Aufregungen überaus zahlreiche, schwere akute Geistesstörungen ausbrachen. Auch der südwestafrikanisehe Feldzug, der an die körperliche und seelische Spannkraft der Mannschaften und Führer überaus hohe Anforderungen stellte, ist gekennzeichnet durch das ungemein häufige Entstehen von Psychosen. Ein im vorigen Jahre zu meinem Fortbildungskurs kommandierter Oberstabsarzt der Marine, welcher sowohl im Chinafeldzug wie im südwestafrikanischen Krieg mit der Leitung eines Etappenlazaretts betraut war, hat mir mitgeteilt, daß körperliche Erkrankungen der Südwestkämpfer ganz unverhältnismäßig häufiger von schweren psychischen Störungen begleitet und gefolgt gewesen seien, als dies in China der Fall war. Während der aufregenden Schlacht bei Groß-Nabas am 3. Januar 1905 wurden — wie ich von einem Offizier erfuhr und wie auch im Generalstabswerk zu lesen ist — außer einer Anzahl Mannschaften auch zwei der besten Offiziere, die durch ununterbrochene Strapazen, durch Hunger und mehr noch durch lange nicht gestillten Durst vollkommen erschöpft waren, plötzlich schwer geisteskrank; der eine rannte direkt in die Hottentotten hinein, der andere attackierte den eigenen Führer und mußte gefesselt werden.

Angesichts solcher erschütternden Beobachtungen die Bedeutung des exogenen Faktors für die Entstehung von Psychosen gering zu bewerten und sich mit der Theorie abzufinden, das sei „einfach die Auswicklung bereits vorhandener latenter Keime" hieße denn doch wohl der Wucht der Tatsachen Hohn sprechen!

Auch im ruhigeren Alltagsleben können psychische und körperliche Schädlichkeiten bei dem und jenem Menschen sich derart häufen und zusammenfallen, daß auch ein von Haus aus für Durchschnittsverhältnisse genügend starkes, psychisch ausreichend geeichtes Nervensystem versagt und eine Psychose ausbricht, die unter anderen, weniger ungünstigen Umständen nie entstanden wäre. Beispiele hierfür kennt jeder mitten im Leben stehende Nervenarzt und Psychiater und weiß aus eigener Erfahrung, daß für Verlauf und Ausgang wesentlich mit-

bestimmend ist, wie weit die körperlichen Schädigungen ausgeglichen, die psychischen Noxen beseitigt oder behoben werden können. Die diagnostische Aufgabe des Praktikers ist durchaus nicht durch Erhebung eines genauen Befundes und Feststellung einer bestimmten psychischen Krankheitsform erledigt, viel schwieriger und verantwortungsreicher ist für ihn zuweilen, mit kundigem Blick das ganze Milieu rasch zu durchmustern und — trotz bewußter oder unabsichtlicher Verschleierung seitens der Angehörigen — herauszufinden, welche äußeren Umstände und Verhältnisse, welche Erlebnisse und Befürchtungen die Psychose gezeitigt und ausgelöst haben. Er wird sich nicht mit der bequemen Annahme zufrieden geben, an dem Verlauf der einmal ausgebrochenen Krankheit könne unsere Therapie nichts ändern, wird vielmehr alles daransetzen, dem kranken Menschenkind die ermittelten Hindernisse und Fährlichkeiten aus dem Wege zu räumen. Manch einer von uns hat in geschickter Lösung der daraus sich ergebenden, mitunter recht schwierigen therapeutischen Aufgaben überraschende Wendung und Heilung erzielt und darin eine innere Genugtuung erlebt, welche keine noch so wissenschaftlich eingekleidete Theorie zu trüben vermag.

Meine Herren! Die ätiologische Bedeutung mancher Infektionskrankheiten — der Syphilis gar nicht einmal zu gedenken — für die Entstehung von Psychosen ist aus eigener Erfahrung jedem Psychiater bekannt, der einigermaßen mit dem praktischen Leben und der inneren Medizin Fühlung hält, viele frische Psychosen zu Gesicht bekommt und den mitunter fließenden Übergang einer ursprünglich rein körperlichen Erkrankung in eine Neurose und Psychose zu beobachten Gelegenheit hat. Es sei, um nur eine Infektionskrankheit herauszugreifen, nach der ich ebenso regelmäßig fahnde wie nach Trauma, Alkohol und Syphilis, der akute Gelenkrheumatismus genannt, dessen Kausalzusammenhang mit der Chorea rheumatica, die in ausgesprochenen Fällen kaum je ohne psychische Störungen verläuft, über jeden Zweifel feststeht. Kein Kundiger wird bezweifeln können, daß eine rechtzeitig einsetzende spezifische Therapie auf Verlauf und Ausgang einer Choreapsychose von Einfluß sein kann.

Auch manche anderen akut oder schleichend einsetzenden Psychosen stehen unverkennbar mit dem Gelenkrheumatismus und ihm verwandten rezidivierenden Anginen in ursächlichem Zusammenhang. Hierher gehören beispielsweise manche Formen polyneuritischer Psychosen. Einer der von *Knapp* in seiner Monographie beschriebenen schweren Fälle mit ausgesprochenster *Korsakow*scher Amnesie, zeitweiligen Fieberbewegungen usw. wurde von uns auf Grund dem Fieber synchroner, schmerzhafter Anschwellungen der Fingergelenke mit Salol

behandelt und gelangte vollständig zur Heilung ohne irgend einen erweislichen, psychischen Defekt. Es sei zu erwähnen gestattet, daß auch in der Vorgeschichte der zur frühen Verblödung neigenden Kranken sehr häufig Gelenkrheumatismus, zumal in schleichender Form, angetroffen wird. — Die ätiologische Bedeutung der Nierenerkrankungen, der Herz- und Gefäßveränderungen, der Magen-darmstörungen bei Entstehung und Verlauf mancher Psychosen kann ein somatisch geschulter Nervenarzt und Psychiater namentlich auch in der ambulanten Praxis auf Schritt und Tritt erkennen und daraus wirksamste therapeutische Indikationen ableiten. Wie manche Erkrankungen der Stoffwechselorgane bei Überwertigkeit oder Versagen zu schwersten psychischen Störungen führen können, hat uns das Studium und die Behandlung der Schilddrüsenerkrankungen doch bereits mit frappierender Deutlichkeit gelehrt.

Ist aber, meine Herren, für die Entstehung von Psychosen, wie ich dargetan zu haben glaube, die Bedeutung exogener Faktoren, mögen sie nun psychischer Natur sein oder in anderweiter körperlicher Erkrankung, in Insuffizienz oder Überwertigkeit des und jenes anderen Organs bestehen, erwiesen, dann ist auch einer kausalen Behandlung der Weg gebahnt, dann ist der Satz grundfalsch, an dem Verlauf der einmal ausgebrochenen Psychosen vermöchten wir mit unserer Therapie nichts zu ändern.

Die Überzeugung von der Nichtigkeit und Fruchtlosigkeit jedweder Therapie der Psychosen dürfte *Scholz* zu dem Glauben geführt haben, den Anstalten lediglich Pflegedienste zuzuerkennen und irgendwelche therapeutische Leistungen abzusprechen.

Wer hingegen meinen Darlegungen beipflichtet — und ich glaube, jeder interne Mediziner, jeder Psychiater, der gleichzeitig Nervenarzt, und das müßten alle Psychiater sein, ist und mit der somatischen Medizin Fühlung behalten hat, wird mir in der Hauptsache zustimmen —, der muß den *Scholz*schen Standpunkt für grundfalsch und für bedauernswert halten, der wird mit mir energisch Verwahrung dagegen einlegen, daß die mit so großen Mitteln erbauten und unterhaltenen deutschen Anstalten für Kranksinnige ausschließlich zu Pflegestätten herabgedrückt werden, die keinerlei positive therapeutische Arbeit leisten.

Mit Herrn Kollegen *Scholz* stimme ich darin vollständig überein, daß der Heilwert der Anstaltsbehandlung vielfach stark überschätzt worden ist. Auch ich glaube, daß die namentlich aus Statistiken hergeleitete Ansicht, wie sie beispielsweise *Thurmann* ausspricht: „Es genesen, wenn die Kranken innerhalb der drei ersten Monate beim ersten Anfall übergeben werden, 78,18%, wenn sie länger als ein Jahr krank waren, 19,16%“ durchaus unrichtig ist. Je stürmischer und für den Laien erschreckender eine Psychose ausbricht — und das

pflegt gerade bei den gutartigen vorzukommen — desto schneller entschließt man sich zur Anstaltsbehandlung. Je schleichender und unmerklicher sich die Krankheit entwickelt und erst Monate, selbst Jahre hinterher als solche erkannt wird, desto ungünstiger ist die Prognose, nicht wegen der erst spät einsetzenden Anstaltsbehandlung, sondern wegen der Wesensart des Leidens. Die Herren, welche, wie beispielsweise seinerzeit *Meschede* in dieser Versammlung, auf Grund ihrer in städtischen Durchgangsstationen gesammelten Erfahrungen so enorm hohe Genesungsziffern aufzuweisen hatten und sich von Errichtung besonderer Heilanstalten überaus glänzende Heilresultate versprachen, dürften übersehen haben, daß der glatte rasche Ablauf einer stürmischen Phase durchaus nicht gleichbedeutend ist mit Heilung. „Der Begriff der Heilung und Heilbarkeit überhaupt ist", wie *Griesinger* schon im ersten Band seines Archivs ausführte, „in der Psychiatrie zu oft und mit zu wenig Kritik angewendet worden." „Die vollen Heilungen sind nicht so außerordentlich häufig, ja sie sind selbst nur bei einer ziemlich beschränkten Klasse von Kranken möglich." So *Griesinger* im Jahre 1867. Die weitere 40jährige Entwickelung der wissenschaftlichen und praktischen Psychiatrie hat gelehrt, daß trotz aller Fürsorge für die Kranksinnigen dieser Ausspruch unseres Altmeisters volle Gültigkeit behalten hat. Andererseits hat die Ausbildung der freieren Verpflegungsformen, die planmäßige Einführung der Beschäftigung sowie die weniger ängstliche Handhabung der Versetzungen, Beurlaubungen und Entlassungen gezeigt, wie trotz langjährigem Festwurzeln und Stillstehen der Krankheit bei scheinbarem Tiefstand der Intelligenz noch weitgehende Besserungen und selbst Heilungen zustande kamen. „Wir erleben Spätheilungen," sagt *Scholz*, „an die kein Irrenarzt mehr zu denken gewagt, und Patienten, die in der Anstalt nicht vorwärts kamen, genesen (welche Ironie!) nach der Entlassung." Die Tatsache ist uns allen ebensowohl wie *Scholz* bekannt, nur erscheint vielen von uns eine Genesung nach der Entlassung nicht als Ironie, sondern als Beweis für die Ansicht, daß gar manche Psychose in ihrem Verlauf und Ausgang abhängig ist von dem Milieu, daß für manche Kranksinnigen — worauf namentlich auch *Bleuler* mehrfach hingewiesen hat — in irgend einer Phase auch die Anstalt, und wenn es die allerbeste ist, ein Hemmnis der weiteren Besserung, der Genesung darstellt. Von der Versetzung in andere Abteilungen, Verlegung in andere Häuser und in Familienpflege, von Beurlaubungen und versuchsweiser Entlassung zum Zwecke weiterer Besserung und Anbahnung der Genesung wird heutzutage planmäßig und ausgiebigst von vielen Anstaltsleitern mit bestem Erfolg Gebrauch gemacht. Einer der hauptsächlichsten Gründe, welche mich bestimmt haben, so energisch für Einführung und Ausbreitung der Familienpflege einzutreten,

war gerade die Annahme der Schädlichkeit des Anstaltsmilieus für manche Kranke, war die Hoffnung, daß unter dem Anreiz des Lebens noch weitgehende Besserung und vereinzelt auch Genesung erzielt werde, die in der Monotonie der Anstalt nicht zu erwarten sei. Meine Erwartungen wurden übertroffen, und gar mancher Kollege hat ähnliche erfreuliche Erfahrungen gemacht.

Auch in bezug auf frische Psychosen bin ich durchaus nicht der Ansicht, daß die Heilungsaussichten in der Anstalt und gar in jeder Anstalt stets günstiger sind als draußen. Namentlich die großen Wachsäle mit der unvermeidlichen Häufung unruhiger und beunruhigender Elemente sind ganz darnach angetan, manchem aus stiller, rücksichtsvoller Umgebung kommenden, akut Geistesgestörten mit überempfindlichen Sinnen, mit Beziehungsvorstellungen und Angstzuständen den letzten Rest von Besonnenheit, Krankheitseinsicht und Selbstbeherrschung zu rauben. Wer häufig beginnende Psychosen in der Sprechstunde, in der Familie und kurz darauf im Wachsaal gesehen hat, weiß, welch rasche Wandlung des Bildes vor sich gehen kann, die nicht gerade immer zugunsten des neuen Aufenthaltes spricht. Als im Frühjahr 1891 die Verlegung der psychiatrischen Klinik zu Halle aus den jahrelang ermieteten zwei Privathäusern in der Magdeburgerstraße nach den geräumigen Neubauten am Mühlrain stattfand und die bis dahin in kleineren Zimmern zu zwei bis höchstens vieren untergebrachten Kranken in die großen, lichten Wachsäle mit je 12 Betten übersiedelten, da war eine erhebliche Verschlimmerung mancher bereits weit in der Rekonvaleszenz befindlichen Personen, namentlich auf der Frauenseite, ganz unverkennbar. Ich konnte mich der Überzeugung nicht verschließen, daß das neue Milieu mit den erschütternden Eindrücken, die manche Neuaufnahmen auf unsere Rekonvaleszenten machten, bei vielen von ihnen die Genesung nicht unerheblich verzögerte. Nach vielen Jahren hatte ich Gelegenheit, eine gebildete, junge Dame mit rezidivierender Melancholie zu behandeln, die damals nahezu gesundet die Übersiedelung der Klinik und die Verlegung in einen Wachsaal miterlebt und ebenfalls eine erhebliche Verschlimmerung ihres Zustandes erfahren hatte. In überzeugender Weise schilderte sie, wie sie unter den neuen Verhältnissen durch den ständigen Anblick unruhiger, erregter Neuankömmlinge wieder schlaflos und ängstlich geworden sei und nach und nach alle im Wachsaal ausgestoßenen Selbstanschuldigungen als Widerhall ihrer eigenen, wiedererwachten Gewissensangst empfunden und nachgesprochen habe.

Meine Herren! Ich stehe mit dieser Ansicht des schädigenden Einflusses der großen Wachsäle für manche Kranken durchaus nicht allein und bin mit vielen Kollegen der Annahme, daß zu langes, untätiges

Verweilen im Wachsaal — auch das zu lange Bettliegen ist nicht selten schädlich — bei leicht bestimmbaren Kranken ein gut Teil jener Symptome zeitigen kann, die von mancher Seite als zum Wesen der Krankheit gehörig angesprochen werden. Es gibt überhaupt auch heutzutage noch, namentlich in alten, geschlossenen Anstalten, bei uns in Deutschland und besonders im Ausland eine ganze Menge von Anstaltsartefakten.

Meine Herren! Diese Schattenseiten des Anstaltsaufenthaltes, welchen übrigens durch geschickte Bauanlage, Raumverteilung und Gruppierung der Kranken wirksam begegnet werden kann und bei Entwurf des allgemeinen Bauprogramms für neue Anstalten in jüngster Zeit durchweg in Deutschland gebührend Rechnung getragen ist, werden reichlich überwogen durch Vorzüge, welche auch *Scholz* teilweise der Anstaltsbehandlung oder vielmehr der Anstaltspflege zuerkennt. Auch er rühmt der Anstalt nach: „sie gewährt eine geschulte, einsichtsvolle Pflege, an der es draußen oft gebricht, und nimmt dadurch der Krankheit einen guten Teil ihres abschreckenden Charakters". Nach *Scholz* legt die Anstalt „den Ausbrüchen kranker Leidenschaften Zügel an, gibt Trost und Ruhe, beseitigt üble Gewohnheiten, erzieht zur Sauberkeit und Sorgfalt und sichert vor Gefahren, vor Mißhandlungen und Spott". Man sollte meinen, wer all' das zugibt und den Wert geschulter Pflege für den Ablauf somatischer Krankheiten, die Bedeutung der Ruhe für überreizte Nerven zu ermessen versteht — und das muß man eigentlich bei jedem Arzt, auch dem, der nicht Psychiater ist, voraussetzen —, müsse auch einsehen, daß dadurch für heilbare Gehirnkranke günstigere Heilchancen und ein rascherer, glatter Heilverlauf gewährleistet sind. *Scholz* verneint dies glattweg und begründet seine Verneinung mit der Behauptung, akute Psychosen heilen überall, wo es nur sein mag, in der Anstalt und außerhalb, bei guter und bei schlechter Pflege, es fehle uns an Vergleichen zwischen dem Verlauf einer Psychose drinnen und draußen. Er argumentiert: „Denn die Anfälle, sagen wir meinetwegen bei einem Manischen oder Epileptischen, wechseln an Dauer und Heftigkeit auch bei gleichbleibenden äußeren Verhältnissen, z. B. in der Anstalt selbst".

Meine Herren! Dadurch, daß *Scholz* zugunsten seiner Theorie auf die Anfälle bei Epileptischen hinweist, eröffnet er die Möglichkeit, aus dem Bereich bloßer Behauptungen und Gegenbehauptungen herauszukommen und den Widerstreit der Ansichten auf realen Boden zu verlegen. Gerade in bezug auf die Anfälle bei Epileptischen fehlt es nicht an ausreichenden Vergleichen draußen und drinnen, an exakten Beobachtungen und Untersuchungen, die mit experimenteller Beweiskraft die hohe Bedeutung der äußeren Verhältnisse dartun. Besonderes Interesse beansprucht der sogenannte Status epilepticus, état de mal, der epileptische Dauer anfall, in welchem ein sehr erheblicher Bruch-

teil der außerhalb der Anstalt lebenden, auch der beurlaubten Epileptiker verstirbt. Selbst in den früheren Spezialanstalten für Epileptische kam der Status überaus häufig zur Beobachtung und bedingte nach *Wildermuth* fast die Hälfte der Todesfälle. Dem Jahresbericht pro 1899-1900 einer altbekannten Anstalt für Epileptische und Schwachsinnige entnehme ich, daß von 9 gestorbenen Epileptikern 7 im Status epilepticus den Tod fanden. Demgegenüber ist in der von mir geleiteten Anstalt Uchtspringe mit rund 1400 Kranken, darunter rund 550 Epileptikern, in manchem Jahr auch nicht ein einziger Epileptiker im Status verstorben. Durch vorbeugende Behandlung vermögen wir, wie ich in einer Abhandlung über Status epilepticus [1]) dargelegt habe, das Vorkommen von Status fast ganz zu verhüten, und durch sachgemäßes Eingreifen einen solchen, wenn er dennoch vorkommt, nahezu ausnahmslos alsbald wirksam zu bekämpfen. Ebenso wie bei uns hat auch in den anderen fachärztlich geleiteten Anstalten mit großem Epileptikermaterial der Status aufgehört der Schrecken der Ärzte zu sein. Wie schon durch diätetische Behandlung es gelingt, bei vielen Epileptikern die Zahl, Dauer und Intensität der Anfälle ganz erheblich herabzusetzen, habe ich vor 3 Jahren in dieser Versammlung auf Grund jahrelang fortgesetzter, planmäßig angestellter Ernährungsversuche vortragen und graphisch demonstrieren können [2]). Ich verweise auf die damals vorgeführten Tabellen, die Interessenten auch heute zur Verfügung stehen, und rekapituliere nur kurz, wie es durch eine kombinierte diätetisch-medikamentöse Behandlung gelang, die Gesamtzahl der Anfälle auf ein Achtel herabzumindern und manche vordem schwer heimgesuchte Kranken ganz anfallfrei zu machen. Hand in Hand mit dem Nachlassen und Schwinden der Anfälle ging bei den meisten, namentlich den jugendlichen Epileptikern, eine überraschende Besserung der geistigen Entwicklung. Gerade das genaue Studium der Epileptiker belehrt jeden vorurteilslosen Arzt, von welch weitgehendem Einfluß der exogene Faktor ist, wie die Anstaltsbehandlung die Heilungsaussichten erheblich zu bessern vermag.

Übrigens spielt in der Genese der Epilepsie und auch der Idiotie der exogene Faktor, namentlich in Gestalt der Infektionskrankheiten, eine weit wichtigere Rolle, als für gewöhnlich angenommen wird; daraus ergibt sich manch verheißungsvoller therapeutischer Ausblick.

Auch das Delirium alkoholicum hat *Scholz* zur Begründung seiner Theorie herangezogen, indem er behauptet: „Alkoholiker machen ihr Delirium in der verpönten Krankenhauszelle ebenso rasch durch, wie in der modernsten Klinik". Meine Herren, hier gehe ich noch weiter

[1]) *Alt*, Die Bekämpfung des Status epilepticus. Münch. med. Wochenschrift 1905 Nr. 13.

[2]) *Alt*, Die diätetische Behandlung der Epileptiker. Zeitschr. f. klinische Medizin. Bd. 53 (*Riegel*-Festschrift).

wie *Scholz* und behaupte, viele machen es in der ersteren weit schneller durch, weil sie dort rasch sterben. Die Mortalität der Alkoholdeliranten ist in den gewöhnlichen Krankenhäusern, welche schon mit Rücksicht auf die anderen Kranken darauf angewiesen sind, derartige Störenfriede in der Zelle unterzubringen, ganz erheblich höher als in den psychiatrischen Kliniken und Anstalten. Das bestreitet doch wohl selbst Herr Kollege *Scholz* nicht. Wie durch sachgemäße Pflege und ärztliche, namentlich auf rasche Entgiftung, sowie auf Stärkung der Herztätigkeit hinwirkende Behandlung die Mortalitätsziffer der Alkoholdeliranten erstaunlich herabgemindert werden kann, ist mit klassischer Präzision und Beweiskraft von unserem Kollegen *Ganser* [1]) auf Grund eines über tausend Fälle zählenden Materials dargetan worden. *Ganser* hat die Mortalität auf 0,88% herabgedrückt. Überhaupt hat, gerade bei Alkoholkranken, die Anstaltsbehandlung nicht selten Erfolge aufzuweisen, die draußen nicht zu erzielen sind.

Wie für Alkoholdeliranten erweist sich überhaupt für akut verwirrte oder bis zur Tobsucht erregte Kranke die Verbringung in die Anstalt nicht selten als lebensrettend. Die Erkenntnis, daß die Tobsucht im Gefolge der frischen Geisteskrankheit fast durchweg Artefakt ist und kaum größere Berechtigung hat wie das Wundfieber nach einer Verletzung, wie das Puerperalfieber nach einer Entbindung, verdanken wir erst den Erfahrungen in guten Anstalten, wo tobsüchtige Erregungszustände sich nahezu vermeiden lassen. Wie bei anhaltendem Toben und dem dabei unvermeidlichen Kräfteverschleiß, bei fehlendem Schlaf und ungenügender Ernährung auch vordem kräftige Personen rasch verfallen können, sehen wir oft genug bei nahezu moribund eingelieferten Dringlichkeitsaufnahmen. Welche Maßnahmen zur Hebung der schwindenden Kräfte, zur Erzielung von Ruhe und Schlaf zu treffen sind, braucht vor Fachmännern ebensowenig erörtert zu werden, wie die Bedeutung des Schlafes und die Fernhaltung starker Reize für ein krankes Gehirn.

Meine Herren! Es ist unmöglich und überflüssig, im Rahmen eines Vortrages die bei den verschiedenen Formen und Phasen psychischer Krankheiten heutzutage gebräuchlichen Behandlungsmethoden einzeln aufzuzählen und auf ihren Wert abzuwägen. Ich greife nur eine heraus. Auch die beste Behandlung, sagt *Scholz*, nimmt einem Melancholischen nicht seine Versündigungsideen. Aber, sage ich, gar manches Mal lindert und benimmt eine sachgemäße Behandlung die Angst, welche die Versündigungsideen gezeitigt hat. Nur ein Bei-

[1]) *Ganser*, Zur Behandlung des Delirium tremens. Münch. med. Wochenschr. 1907 Nr. 3.

spiel: Als ich vor 2 Jahren bei unserer Tagung in München über die Ernährungstherapie der Basedowschen Krankheit[1]) sprach, habe ich im Bilde eine schwer kranke Dame vorgeführt, welche mit der Diagnose „agitierte Melancholie und Basedow" aus der Klinik in Halle zugeführt worden war. Völlig zum Skelett abgemagert, Ödeme in Knie- und Knöchelgegend, beginnender Dekubitus in der Kreuzbeingegend, jagender Puls nicht unter 144, Eiweiß und Zucker, reichlich Glucuronsäure und Pentosen im Urin, schwebte sie schon ihres körperlichen Leidens wegen in großer Gefahr. Dabei war sie psychisch gewissermaßen die leibhaftige Verkörperung der Angst mit schwersten Versündigungsideen und hartnäckigstem Suiziddrang. Ihr Nahrungsbedarf und Stoffumsatz war mehr als der dreifache eines normalen Menschen, dabei sehr niedrige Toleranzgrenze für Kohlehydrate, und starke Insuffizienz der Nieren für Salzausfuhr. Durch eine dieser Sachlage angepaßte Ernährungstherapie wurden die Basedowsymptome nahezu zum Schwinden gebracht, eine Gewichtszunahme von 20 kg erzielt; Hand in Hand mit der körperlichen Besserung blaßten Angst- und Versündigungsideen ab, um bald ganz zu schwinden. Dieser Ausgang war vorhergesagt. Wer sollte hier den kausalen Zusammenhang zwischen Morbus-Basedow und Psychose verkennen und bestreiten wollen, daß die Behandlung der Kranken ihre Angst und Versündigungsideen genommen hat!

Meine Herren! Da durch diesen Fall von Melancholie auf Basedowscher Grundlage die durch Erkrankung der Schilddrüse bedingten psychischen Störungen angeschnitten sind, so sei auch der Hinweis auf die bei Myxidiotie erzielten, geradezu frappierenden Erfolge gestattet. Ich habe auf der bereits erwähnten Münchener Tagung unseres Vereins im lebensgroßen Bilde ein paar Beispiele vorführen können, welche die denkbar deutlichste Illustration der Leistungsfähigkeit unserer heutigen Anstalten darstellen. Ist so was bei der bis vor wenig Dezennien als Typus der Unheilbarkeit geltenden Myxidiotie möglich gewesen, wer wollte da nicht hoffen dürfen, daß auch für manche der heute noch unheilbar genannten Psychosen dermaleinst wirksame Heilmittel und Methoden gefunden werden!

Selbst die endogenen, auf dem Wege der Vererbung übermittelten Psychosen beruhen nicht immer ausschließlich auf schadhafter Anlage des Gehirns; auch manche überkommene Minderwertigkeit anderer Organe und Gebilde, z. B. der Verdauungs- und Stoffwechselorgane, des Gefäßsystems usw., bedingen von vornherein eine ernste Gefährdung des Individuums auch in bezug auf Psyche. Gelingt es, mittels der funktionellen Diagnostik deren Betriebsstockungen und regelwidrige Leistungen bei

[1]) *Alt*, Die Ernährungstherapie der Basedowschen Krankheit. Münch. med. Wochenschr. 1906 Nr. 24.

Zeiten zu ermitteln und auszugleichen, so kann dadurch auch der Verlauf der etwa durch sie mitbedingten Psychose günstig beeinflußt werden.

Mir ist natürlich ebenso wie Ihnen allen bekannt, daß ein großer Prozentsatz der Kranksinnigen keine Aussicht auf Heilung hat, und daß auch die beste Anstalt ihnen Genesung nicht bringen kann. Aber selbst in der Mehrheit dieser in bezug auf völlige Heilung trostlosen Fälle vermag eine sachgemäße Anstaltsbehandlung namentlich auch durch rechtzeitig einsetzende individuell angepaßte Beschäftigungstherapie sehr weitgehende Besserung zu erzielen, das Los der Kranken freundlicher zu gestalten und vielen die Rückkehr ins Leben zu ermöglichen. Auch solche Arbeit und partielle Wiederherstellung — wenn ich so sagen darf „psychiatrische Orthopädie" — ist mehr als bloßer Pflegedienst.

Meine Herren! Als ich vor 20 Jahren als Assistent der medizinischen Klinik in Gießen ausschied, um an die psychiatrische Klinik in Halle überzusiedeln, da sagte mein hochverehrter, mir väterlich gesinnter Chef, Professor *Riegel*: „Schade um Ihre schönen medizinischen Kenntnisse, für welche Sie in der Psychiatrie doch keine Verwertung haben", worauf ich entgegnete, ich gedenke enge Fühlung mit der inneren Medizin zu halten und hoffe zuversichtlich, damit meinen künftigen Kranken zu nützen. Meine Zuversicht ist nicht getäuscht worden, ich lebe der Überzeugung, daß auch ich an meinem Teil mit dazu beigetragen habe, gar manchem Geisteskranken in der Anstalt die Heilungsaussichten günstiger zu gestalten und zu rascherer Genesung zu verhelfen. Zu therapeutischem Nihilismus und Pessimismus liegt für uns Psychiater kein Grund vor, unheilbare Kranke gibt es in allen Disziplinen.

Für die an sich heilbaren Kranksinnigen ist das sicherste Mittel zu rascher und voller Gesundung die rechtzeitige Verbringung in eine zeitgemäß angelegte Anstalt, deren Leiter und Ärzte enge Fühlung halten und vertraut sein müssen mit den Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der inneren Medizin, welche ist und bleibt die Nährmutter der Nervenärzte und Psychiater. —

Zum Worte meldet sich niemand, und die Versammlung bezeugt ihr Einverständnis mit dem Vorsitzenden, als dieser aus dem Verzicht auf Diskussion auf allseitige Übereinstimmung mit den Ausführungen *Alts* schließt.

Nachdem dann *Hüfler*-Chemnitz nachträglich Bilder demonstriert hat, die sich auf seinen Vortrag (siehe S. 469) beziehen, spricht

*Brodmann*-Berlin: Über den gegenwärtigen Stand der histologischen Lokalisation der Großhirnrinde.

Vortr. berichtet an der Hand von Mikrophotographien und schematischen Hirnkarten über seine seit Jahren betriebenen, nunmehr zu einem vorläufigen Abschlusse gelangten Untersuchungen über die vergleichende

Großhirnrindenlokalisation in der Säugetierreihe. Die Grundlage dieser Untersuchungen bildet die Zellschichtung des Rindenquerschnittes oder die Cytoarchitektonik und deren regionäre Modifikationen.

Der tektonische Grundplan der Großhirnrinde (im Querschnitt) ist durch die ganze Säugetierreihe die Sechsschichtung. Alle Varietäten der Zelltektonik lassen sich aus dem sechsschichtigen Grundtypus herleiten oder auf ihn zurückführen, wie Vortr. im einzelnen an Mikrophotographien von zahlreichen Vertretern der verschiedenen Säugetierordnungen (Primaten, Prosimier, Makrochiropteren, Rodentier, Karnivoren, Marsupialier) demonstriert. Die entgegenstehenden Anschauungen von *Cajal* und *Haller*, wonach in der Tierreihe absteigend eine anatomische Vereinfachung im Rindenbau, namentlich durch gänzliches Fehlen einzelner bei höheren Säugern vorhandener Schichten, bestehen soll, werden als irrtümlich zurückgewiesen.

Die örtlichen Verschiedenheiten im Schichtenbau beruhen in der Hauptsache auf Vermehrung oder Verminderung oder Umlagerung der einzelnen Schichten des tektonischen Grundtypus. Die regionär modifizierten Rindentypen sind namentlich beim Menschen zahlreich, bei manchen niederen Mammaliern dagegen spärlich. Einzelne durch starke Abweichungen der Tektonik ausgezeichnete Typen lassen sich durch die ganze Mammalierreihe nachweisen, wenn auch nicht überall mit gleich scharfer Ausprägung, wie bei den Primaten. Man kann also konstante und inkonstante Formationen unterscheiden und darauf eine Homologie von Rindentypen gründen. (Beispiele werden demonstriert.) Die Höhe der Differenzierung eines Strukturtypus (wie des cortex cerebri überhaupt) hängt jedoch nicht von der Stellung des betreffenden Tieres im zoologischen System ab, sondern ist durch ganz andere Umstände, wie Größe des Gehirns, spezielle Entwicklungstendenz u. a. bedingt.

Dadurch daß sich die Umbildung der Schichtungstektonik örtlich vielfach scharf vollzieht, wird eine räumliche Abgrenzung benachbarter Rindenformationen ermöglicht, und diese wiederum gestattet eine topographische Gliederung der Großhirnoberfläche in Strukturfelder von verschiedenartigem Bau, sog. areae anatomicae.

Für eine größere Anzahl von Tieren legt Vortr. fertige topographische Hirnkarten bzw. Entwürfe zu solchen, welche auf Grund der geschilderten Schichtungsmodalitäten entstanden sind, vor. Ein Vergleich ergibt, daß auch die topische Feldergliederung des Säugergehirns (wie die Querschnittsschichtung der Rinde) von einem einheitlichen Gesetze beherrscht wird, das Vortr. das „Gesetz der Segmentation" nennen möchte. In schematischer Verdeutlichung zeigt sich dies bei gewissen einfach gebauten, furchenlosen Gehirnen, namentlich dem Hapalegehirn. Bei anderen Säugern ist die Segmentgliederung undeutlicher und verwischt.

Eine Umbildung der Segmentation kann — dies gilt wiederum für die ganze Mammalierreihe — entstehen:

1. durch Einschiebung von Neuerwerbungen (besonders beim Menschen), welche ihrerseits auf Fragmentation oder auf Längsspaltung eines Segmentes beruhen können,

2. durch Rückbildung eines Segmentes oder Segmentteiles,

3. durch räumliche Verschiebung oder Verlagerung eines Segmentes oder Segmentteiles.

Diese die spezifische Hirnentfaltung eines Tieres beherrschenden Vorgänge bedingen die großen Variationen in der Oberflächengliederung verschiedener Tiere, die sich in verschiedener Zahl, Größe, räumlicher Gestaltung und Lagebeziehung von Einzelfeldern kundgibt.

Einen Höhepunkt der Differenziation erkennen wir schon in der Zahl der differenten Strukturfelder beim Menschen. Als besondere menschliche Bildungen sind gewisse Typen des Scheitel- und Stirnlappens anzusprechen, namentlich aber die Strukturfelder der regio Broca (area 44 und 45 der Hirnkarte des Vortr.) und diejenigen der *Heschl*schen Querwindungen (area 41 und 42), für die Vortr. eine Homologie bei anderen Säugern nicht finden konnte.

Zum Schlusse wird die Bedeutung der geschilderten anatomischen Feststellungen für die klinische Lokalisationslehre, für die experimentelle Physiologie und für die Histopathologie kurz gestreift. —

Diskussion. — *H. Vogt*-Frankfurt a. M.: Die Bedeutung der histologischen Lokalisation ist nicht nur für die normale Anatomie, die Phylogenie, sondern auch für die Pathologie von Interesse, es ist auch in der Tat möglich, daß die vergleichende Anthropologie daraus Nutzen zieht, jedenfalls gibt der Weg dieser Forschung mehr Anhaltspunkte als der bisherige Vergleich der Hirne verschiedener Menschenrassen auf dem Wege des Gewichts und des Verhaltens der Sulci. Wichtig erscheinen aber die *Brodmann*schen Ergebnisse für die pathologische Entwicklung: in zwei Fällen von Idiotie auf der Basis der Entwicklungshemmung zeigte die Hirnrinde nur Spuren histologischer Lokalisation, die Rinde war fast überall gebaut nach dem rein sechsschichtigen Typus. Der Zeit nach handelt es sich, wie die pathologische Entwicklung zeigt, jedenfalls in der histologisch-lokalisatorischen Differenzierung um ein Ergebnis der späteren Entwicklungszeit.

*Nießl v. Mayendorf*-Leipzig: Herr *Brodmann* hat als Ergebnis seiner mehrjährigen histologischen Studien die Feststellung zweier Strukturtypen der Hirnrinde angesprochen. 1. Besitze die gesamte Rindenfläche einen einheitlichen und zwar sechsschichtigen Aufbau. 2. Werde diese sechsfache Schichtung in manchen Gegenden durch die Anwesenheit andersgestalteter und durch eine Verschiedenheit in der Zahl überall vorhandener Elemente verwischt, wie dies am prägnantesten an der Calcarinarinde augenfällig wird. Diese Kriterien hat, wie mit Nachdruck hervorgehoben werden muß, nicht *Brodmann*, sondern *Meynert* erkannt und 1868 in seiner Arbeit „Über den Bau der Großhirnrinde und ihre örtlichen

Verschiedenheiten" trefflich geschildert. Es muß ferner nicht unbegründetes Mißtrauen erwecken, wenn Herr *Brodmann* ungeachtet seines eigenen Zugeständnisses, daß es ihm noch nicht gelungen sei, über die baulichen Differenzen positive Angaben zu machen, mit landkartenscharf umrissenen Feldern am Tier- und Menschenhirn hervortritt. Es besteht die Gefahr, daß durch die Details, deren Bedeutung noch sehr fraglich ist, die wesentlichen Verschiedenheiten in den Hintergrund gedrängt und verdeckt werden.

*Kölpin*-Andernach betont die Wichtigkeit einer genauen Kenntnis der Cytoarchitektonik der Hirnrinde für die Pathologie. Er ist in der Lage gewesen, zwei Fälle von *Huntingtons*cher Chorea zu untersuchen, in denen sich — abgesehen von allgemeinen degenerativen Veränderungen der Ganglienzellen — in einzelnen Rindengeländen ein Zurückbleiben der Entwicklung auf einer infantilen Stufe nachweisen ließ. *K.* hält solche Veränderungen für speziell wichtig; die *Huntingtons*che Chorea ist eine Erkrankung, die sich auf einer degenerativen Basis entwickelt, und Befunde wie die obigen weisen uns vielleicht die Richtung, in der wir die anatomischen Grundlagen für das, was man klinisch unter dem Begriff der Degeneration zusammenfaßt, zu suchen haben.

*Brodmann* (Schlußwort): Daß die mitgeteilten lokalisatorischen Ergebnisse, wie Herr *Vogt* meint, außer für die Teratologie auch für die Anthropologie von Bedeutung werden können, sofern nur erst die einzelnen Felder noch genauer hinsichtlich der individuellen Variationsbreite und hinsichtlich pathologischer Abweichungen studiert sind, ergibt sich schon aus meinen vor Jahren gemachten Feststellungen an Gehirnen einer niederen Völkerrasse. Ich konnte nachweisen, daß bei Javanern, ähnlich wie es *Elliot Smith* von Ägyptern und Sudanesen beschrieben hat, die Ausbildung der area striata eine Mittelstellung zwischen dem Europäer- und Anthropoidengehirn einnimmt, indem dieses Rindenfeld bei jenen, im Gegensatz zum Europäer, sich stark auf die Konvexität ausdehnt und wie bei Anthropoiden zu einer Art Opercularbildung Veranlassung gibt. Ähnliche Rasseneigentümlichkeiten werden sich wohl noch für andere Feldes feststellen lassen.

Die Befunde *Kölpins* kann ich bestätigen. Es handelt sich in der Tat um ein Persistieren eines infantilen Schichtungstypus.

Die Verdienste *Meynerts* sind von mir überall anerkannt worden und schon in meiner ersten Mitteilung zu dieser Frage (1902) habe ich hervorgehoben, daß ich nur einen Gedanken *Meynerts* verwirkliche, wenn ich eine organologische Gliederung der Großhirnrinde nach anatomischen Gesichtspunkten unternehme. Herr *Nießl v. Mayendorf* ist aber falsch unterrichtet, wenn er behauptet, daß die von mir vorgetragenen Feststellungen von *Meynert* stammen. Weder hat *Meynert* jemals von einem sechsschichtigen Grundtypus in der Säugetierreihe gesprochen — er hat ausschließlich den Menschen behandelt und für diesen generell eine fünf-

schichtige Rinde angenommen, abgesehen von wenigen Ausnahmen — noch hat *Meynert* eine topographische Feldereinteilung beim Menschen oder bei irgend einem Tier je durchgeführt. Der erste, der ein Rindenfeld überhaupt topographisch abgegrenzt hat, war *Bolton* (1900).

Was vom Vorredner im übrigen eingewendet wurde, beweist, daß er den Sinn meiner Ausführungen gar nicht verstanden hat. Sein Mißtrauen gegen meine Angaben trage ich mit Ruhe, solange er keine Gründe nennt. Die Bedeutung meiner lokalisatorischen Ergebnisse ist von zoologischer Seite längst gewürdigt.

*O. Fischer*-Prag: Die Histopathologie der Presbyophrenie.

*F.* referiert über weitere Untersuchungen, welche die von ihm in Bd. XXI der Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. beschriebenen und nach ihm für die Presbyophrenie charakteristischen Veränderungen der Hirnrinde betreffen; es wurden bis jetzt 37 senile Demenzen untersucht, von denen 9 einfach dement waren, und in deren Gehirn keine der beschriebenen Drusen vorhanden waren; die übrigen 28 Presbyophrenien mit mehr oder weniger starker Störung der Merkfähigkeit, Konfabulationen oder auch deliranten Zuständen wiesen dagegen alle mehr oder weniger reichliche Drusen auf. Bei 50 Paralysen (darunter 5 über 60 Jahre alte) fehlten dieselben, bei 23 anderen Psychosen (darunter 7 über 60 Jahre alte) fehlten dieselben ebenfalls.

Unter 14 Fällen von Demenz nach Encephalomalacie waren 5 einfach Demente und zeigten keine Drusen, von 9 mit presbyophrenen Zügen hatten 3 spärliche Drusen.

Bei 20 geistig Normalen (darunter 5 Greisen) fehlten die Drusen im Gehirn.

Was den Bau der Drusen anlangt, so kam *F.* durch die weiteren Untersuchungen zu einer etwas anderen Ansicht, als in der erwähnten Publikation mitgeteilt worden ist. Nach der älteren Auffassung waren es nekroseähnliche Herdchen, die auf die benachbarten Neurofibrillen einen derartigen proliferativen Reiz ausübten, daß die letzteren zu zahlreichen Keulen auswuchsen. Es zeigten aber jetzt weitere Färbungen nach *Bielschowsky* und mit verschiedenen Anilinfarben, daß das Zentrum der Drusen aus feinsten Fäserchen besteht, die sternförmig oder zu zopfähnlichen Strähnen vereinigt in ihrem Aussehen vollkommen Drusen von Streptotricheen gleichen, und die das Eigenartige zeigen, daß sie sich immer nur an ein kleines Rindengefäß anschließen. Im Mikroskop sehen die zentralen Teile der Drusen genau so aus wie Bakteriendrusen, die aber das Eigenartige hatten, daß sie keinerlei Entzündung setzen, sondern als einzige Reaktion die Wucherung der Neurofibrillen verursachen. Züchtung wurde schon bei mehreren Fällen gemeinsam mit Dr. *Zupnik* gemacht, jedoch bis jetzt ohne Resultat.

Diskussion. — *H. Vogt*-Frankfurt a. M.: In der pathologischen Abteilung des Frankfurter neurologischen Instituts hat Herr *Hübner*-Bonn im Winter 1908 eine große Zahl von senilen Fällen untersucht. Es kann die Angabe von *Fischer*, daß nicht senile Fälle die Veränderung nicht zeigen, bestätigt werden. Auffallend war die große Verschiedenheit der Fälle in bezug auf Reichtum und Größe des Herdes, sowie die Beziehung zu den Gefäßen; auf das bakteriologische Gebiet kann Redner dem Vortr. nicht folgen. Wahrscheinlicher bleibt, daß es sich um Untergangsvorgänge handelt. Ob nur die Presbyophrenie und nicht auch andere senile Fälle die Veränderung zeigen, hält Redner noch nicht für entschieden. (Es werden mehrere Figuren demonstriert.)

*Forster*-Berlin fragt, ob Artefakte mit Sicherheit auszuschließen sind, und ob die sogenannten Corpora versicolorata von *Siegert* oder Schimmelpilze nicht in Betracht kommen. Nach seinen Untersuchungen bietet das Rindenbild als Ganzes bei Presbyophrenie eine eigenartige Veränderung, die jedenfalls die Differentialdiagnose gegenüber der Paralyse mit Sicherheit stellen läßt. Bei einem Fall von Tabes, der nebenbei das Bild einer presbyophrenen Psychose bot, konnte mikroskopisch bei der Hirnuntersuchung an dem charakteristischen Bild nachgewiesen werden, daß es sich wirklich um die Kombination von Presbyophrenie und Tabes gehandelt hat.

*O. Fischer* (Schlußwort) bemerkt zur Diskussionsbemerkung von *Forster*, daß er durch verschiedene Behandlung der Gehirne und schon einige Stunden nach dem Tode fixierte Gehirne Kunstprodukte ausschließen konnte. Zu dem Einwande von *H. Vogt* bemerkt *F.*, daß er die geschilderten Drusen als etwas dem Gehirn ganz Fremdes, Organisiertes und Wachsendes ansehen müsse, und bei der morphologischen Ähnlichkeit kann er es vorläufig als nichts anderes als Bakterien ansehen.

*Reich*-Herzberge: Zur Symptomatologie der Manie und verwandter Krankheitsformen.

*Reich* weist auf Grund von Beobachtungen an dem Material der Anstalt Herzberge darauf hin, daß sehr große Ähnlichkeit besteht zwischen dem Spiel der Kinder und den Betätigungen der Manischen. Diese Beziehungen werden zunächst ausführlicher erörtert. Ein großer Teil der Handlungen Manischer wird am besten als manische Spielerei aufgefaßt. Auch die pathologischen Einfälle der Degenerierten, wenigstens gewisse Formen derselben, stehen in enger Beziehung zu dem Spielen der Kinder. Sowohl das kindliche Spiel, als auch der pathologische Einfall der Degenerierten und das manische Denken sind insofern verwandt, als sie auf einem einfallsmäßigen Denken beruhen. *Reich* möchte den manischen Einfall dem Spieleinfall und dem degenerativen Einfall gegenüberstellen. Der Spieleinfall ist eine normale Erscheinung. Der degenerative Einfall und der manische Einfall sind pathologischer Natur. Der Einfall der Degenerierten

erhebt sich als ein vorübergehendes Intermezzo auf dem Boden eines sonst geordneten Denkens, der manische Einfall dagegen erwächst auf der Grundlage eines erregten Vorstellungslebens. Der manische Einfall ist daher meist flüchtiger als der degenerative Einfall, doch kommen auch langdauernde manische Einfälle vor. *R.* glaubt gegen *Bonhoeffer*, daß auch der degenerative Einfall nicht selten mit pathologischen Affekten einhergeht. Die Größenideen, die Personenverkennungen und ähnliche Erscheinungen bei den Manischen möchte *R.* zu den Einfällen oder Einbildungen und nicht zu den Wahnideen gerechnet sehen. Es handelt sich in Analogie zum Einfall dabei um plötzliche und scheinbar unmotiviert auftretende und plötzlich verschwindende Vorstellungskreise. Sowohl der manische Einfall, als auch der Einfall der Degenerierten sind im Gegensatze zur paranoischen Wahnidee nicht immer egozentrischer Art. Zwischen den drei verschiedenen Arten des Einfalls bestehen völlig fließende Übergänge. *R.* gibt im Anschluß an vorstehende Erwägungen eine kurze Darstellung seiner Auffassung des manischen Denkens:

*R.* sieht als Charakteristikum des manischen Denkens an: 1. allgemeine Erregung der Vorstellungstätigkeit; 2. Einengung des psychischen Gesichts- oder Blickfeldes, die zu einfallsmäßigem Denken führt.

Das geordnete Denken kann sich unter Umständen gewisser Leit-, Ziel-, Ober- oder Gesamtvorstellungen bedienen. Doch ist das Vorhandensein solcher für den geordneten Ideengang durchaus nicht unbedingt erforderlich. Es genügt die Annahme, daß das psychische Gesichtsfeld, d. h. die Summe des jeweilig vorhandenen Vorstellungsinhalts, nur solche Vorstellungen aus dem Unbewußten auftauchen läßt, die eine assoziative Beziehung zu der Gesamtheit, oder doch zu einem großen Teil der jeweilig vorhandenen Vorstellungen besitzen. Je größer das psychische Gesichtsfeld ist, um so sorgfältiger und auch zeitraubender wird die Wahl unter den Vorstellungen, denen das Auftauchen aus der Latenz gestattet wird, sein. Das Produkt eines weiten Gesichtsfeldes ist daher ein langsames gründliches Denken. Je enger das Gesichtsfeld ist, um so oberflächlicher und flüchtiger wird sich die Vorstellungswahl gestalten, um so oberflächlicher und zusammenhangloser wird daher das Denken sein. Und was vom Denken gilt, gilt dann auch vom Handeln. Das wohlerwogene Handeln ist das Produkt des weiten psychischen Gesichtsfeldes des Gesunden, die Einengung des Gesichtsfeldes beim Manischen muß dagegen ein schnelles, unüberlegtes triebartiges Handeln zur Folge haben, das schließlich bei äußerster Einengung ein reflexartiges werden kann. Auch die den Manischen eigene Hyperprosexie findet ihre Erklärung bei Annahme einer Einengung des psychischen Gesichtsfeldes leicht darin, daß an die Sinnesorgane herantretende Vorstellungserregungen um so leichter Macht auf die Psyche gewinnen werden, je geringer jeweils der Vorstellungsinhalt derselben ist. Die Annahme einer besonderen

Apperzeptionsfähigkeit erfordert die Theorie des psychischen Gesichtsfeldes nicht. Die Einengung des psychischen Gesichtsfeldes ist nicht ohne weiteres ein pathologischer Vorgang, sie kommt wohl auch vorübergehend in gewissen Zuständen der Normalen vor. Das spielerische Benehmen des Kindes ist vielleicht dadurch zu erklären, daß das Kind im Vergleiche zum normalen Erwachsenen ein enges Gesichtsfeld hat und daher ebenso wie der Manische zu einfallsmäßigem Denken neigt.

Auch viele höherstehende Schwachsinnige werden uns vielleicht in ihrem Wesen verständlicher, wenn wir bei ihnen das Bestehen einer Enge des Gesichtsfeldes, allerdings ohne gleichzeitige Erregung, annehmen. Das gleichzeitige Vorkommen einfallmäßigen Denkens bei Manischen und bei Degenerierten ist insofern von Bedeutung, als dadurch die Beziehung der Manie zum degenerativen Irresein auch bezüglich der Symptomatologie in einem neuen Lichte erscheint.

Manche Handlungen der an Dementia praecox Leidenden haben eine gewisse Ähnlichkeit mit manischen Handlungen, ja man kann vielleicht manchmal nicht mit Unrecht von maniformen Phasen im Verlaufe der Dementia praecox reden. Das Entscheidende bleibt dann der Nachweis des Defekts. Gerade der spielartige Charakter des Handelns pflegt bei der Dementia praecox zu fehlen. Es fehlt vo allem die Produktivität und die dem Spiele angemessene Laune. Man hat bei der Dementia praecox überall den Eindruck des Gequälten, Inkongruenten, Zusammenhanglosen und Monotonen. An die Stelle des manischen Mienenspiels tritt das Grimassieren, an Stelle des spielerischen Einfalles die impulsive Handlung; die theatralische Pose des Manischen wird zur stereotypen Haltung, Das Wortspiel wird zum Wortsalat.

Maßgebend für die Diagnose ist nie ein einzelnes Symptom, sondern der Gesamteindruck. Die höheren und komplizierteren Spielereien, insbesondere das Spielen mit Spielzeug und die szenischen Aufführungen der Manischen sind der Dementia praecox fremd.

*Nießl v. Mayendorf*-Leipzig: Die physiologische Bedeutung der Hörwindung.

Die Hirnrinde produziert Vorstellungen. Die Zuweisung von Vorstellungen eines bestimmten Sinnesgebietes an eine einzige Windung ist nach Analogie der vorderen Zentralwindung, welche als Herd der Bewegungsvorstellungen erkannt wurde, denkbar. *Broca* nahm nur den hinteren Abschnitt der dritten Stirnwindung für die Bewegungsvorstellungen der Sprache in Anspruch, und das Papageiengehirn mit seinem mächtig angelegten, aber ungefurchten Schläfelappen beweist, daß in einer einzigen Windung die akustische Wahrnehmung von Worten und deren Wiederbelebung möglich sei. *Wernicke* hat als erster in dem hinteren Teil der linken ersten Temporalwindung die kortikale Stätte der Wortklangbilder

vermutet. Die daraufhin sich sammelnde Kasuistik bestätigte seine Annahme, wie das die Statistiken *Sepillis*, *Allen Starrs*, *Naunyns*, *Miraillés* sprechend dartun.

Ungeachtet dessen glaubten sich Forscher wie *Broadbent*, *Mills*, *Campbell* in England, *Quensel* und *Pick* in Deutschland berechtigt, andere Rindengebiete mit der akustischen Worterinnerung in Beziehung zu bringen. Während die ersteren die linke dritte Temporalwindung für den Herd der Wortklangbilder erklärten, faßten die letzteren die Rinde des linken G. angularis ins Auge. Die dritte Schläfewindung kann aber nicht in Betracht kommen, da sich in den betreffenden Fällen keine Worttaubheit fand und die Fähigkeit erhalten geblieben war, beim Vorsagen des richtigen Namens eines zu bezeichnenden Gegenstandes den zutreffenden von dem falschen zu unterscheiden. Gegen die ausschließliche Lokalisation der Wortklangbilder in die Rinde des linken Gyrus angularis spricht 1. der Verlust derselben bei Unversehrtheit dieser Windung und anderweitiger Großhirnläsion; 2. die Abwesenheit von Worttaubheit und amnestischer Aphasie bei reiner Angulariserkrankung (siehe *Monakow*, *Sigand*, *Henschen*); 3. die typische, durch die Verhältnisse der Blutversorgung bedingte, im Marklager der ersten und zweiten Schläfewindung sich ausbreitende Malacie, welche im G. angularis nur an die Oberfläche dringt. Für die linke erste Temporalwindung fallen im positiven Sinne ins Gewicht: 1. das Erscheinen der Worttaubheit mit sensorischer Aphasie; 2. das Zurückbleiben einer amnestischen Aphasie nach restituierter Worttaubheit durch teilweis vikariierendes Eintreten der rechten Hemisphäre; 3. der Mangel, beim Vorsprechen des fehlenden Namens einer Person oder eines Gegenstandes den richtigen als solchen zu agnoszieren; 4. die Angabe der meisten, hier in Betracht kommenden Kranken, daß dieselben keine Worte, die sie nicht verstehen können, sondern nur Geräusche hören.

Vortr. demonstriert nun an einer Hirnskizze, in welcher die Läsionsbezirke mit zweistelligen Zahlen eingetragen sind, daß die erste Schläfewindung, allerdings beiderseits, auch für andere Gehörswahrnehmungen und Gehörserinnerungen als die Wortklangbilder von ausschlaggebender Bedeutung sei.

Die klinisch-anatomische Methode bestimmt nur die Gegend in Grobem. Die feinere Umgrenzung ist der Anatomie und Histologie vorbehalten. Erkrankungen der vorderen Hälfte der ersten Temporalwindung mit sensorischer Aphasie lassen die ausschließlichen Chancen für den hintersten Anteil fragwürdig erscheinen. Das vordere und mittlere Stück — das vorderste ist funktionell wieder abzutrennen — entspringt aus der vorderen Querwindung und stellt einen einzigen Windungszug dar. Derselbe besitzt eine besondere Rindenstruktur, indem die kleinen und mittelgroßen Pyramiden der zweiten und dritten Schicht hinter einer Aussaat kleiner runder oder polygonaler Zellen verschwinden und gewaltige, verschieden gestaltete Solitärzellen in der Gegend der dritten Schicht

auftauchen, um sich weiter pial oder markwärts einzeln zu verirren. Ein außerordentlicher intrakortikaler, endogener Markfaserreichtum entspricht dem Reichtum dieser kleinen Rindenkörper und legt einen Assoziationsmechanismus vor Augen, als dessen Leistung die Zusammenfassung unbewußter Empfindungen zu bewußten Vorstellungen begreiflich wird.

Dritte Sitzung, Sonnabend, 25. April, vormittags 9 Uhr.

Der Vorsitzende verliest ein Begrüßungstelegramm der Gesellschaft für experimentelle Psychologie zu Frankfurt a. M., sowie Grüße von *Sommer*-Gießen und *Stoltenhoff*-Allenstein.

Hierauf erstattet *Siemens*-Lauenburg Kassenbericht. Ihm wird auf Grund seines gedruckten Rechenschaftsberichts und einer von den Herren *Lantzius-Beninga* und *Zinn* vorgenommenen Nachprüfung unter dem Ausdruck des Dankes für seine Mühewaltung Entlastung erteilt. Für die Heinrich-Laehr-Stiftung wird ein einmaliger Beitrag von 1000 Mark bewilligt. Der Vereinsbeitrag für 1908 wird wie in den vorigen Jahren auf 5 Mark festgesetzt.

*Hans Laehr*-Schweizerhof berichtet über den Stand der Heinrich-Laehr-Stiftung, deren Vermögen im letzten Jahre von (nom.) 72000 M. auf (nom.) 78000 M. und ein Sparkassenbuch von (rund) 36000 M. gewachsen ist. Die Summe von 100000 M. ist also jetzt erreicht und zugleich überschritten, so daß nach § 4 der Stiftungsurkunde die Zinsen des Kapitals zur Verwendung gelangen können. Dem Vorstand der Stiftung wird Entlastung erteilt.

*Siemens*-Lauenburg gibt über die Tätigkeit der Kommission zur Wahrung der Standesinteressen (siehe diese Zeitschrift Bd. 64, S. 473) Auskunft. Die Kommission trat am 3. Januar d. J. in Berlin zusammen und stellte nach ausführlichen Referaten (siehe Psych.-Neurol. Wochenschr., 9. Jahrg., Nr. 44ff.) und eingehender Diskussion Grundsätze für Gestaltung der Gehalts- und Dienstverhältnisse auf (siehe diese Zeitschrift Bd. 65, S. 162), die inzwischen einige Änderung erfahren haben und in der jetzigen Fassung folgendermaßen lauten:

I. Anstellungs- und Gehaltsverhältnisse.

a) Die Assistenzärzte sollen mit 1800 M. Anfangsgehalt, jährlich um 200 M. steigend, und freier Station angestellt werden. Eine frühere Dienstzeit an Kliniken, anderen Anstalten und Krankenhäusern ist anzurechnen.

b) Nach drei Dienstjahren sind die Assistenzärzte, sofern sie sich zum Anstaltsdienst eignen, lebenslänglich anzustellen mit Pensionsrechten für sich und ihre Hinterbliebenen, mit Unfallentschädigung nach Analogie der preußischen Staatsbeamten, mit einem Mindestgehalt von 3600 M., steigend nach drei Jahren auf 4200 M., alsdann dreijährlich um je 500 M. bis auf 7200 M. Höchstgehalt, ferner mit freier Familienwohnung, Beheizung, Beleuchtung, Garten-

benutzung, freier ärztlicher Behandlung und Arznei für sich und ihre Familienmitglieder. Sollten für Heizung und Beleuchtung Abzüge gemacht werden, so ist das Anfangsgehalt entsprechend höher festzusetzen.

Bei Neuregulierung der Gehälter sind alle Ärzte in die ihrem Dienstalter entsprechende Gehaltsstufe einzureihen.

Assistenzärzten, welche sich zum Anstaltsdienst nicht eignen, soll möglichst frühzeitig eröffnet werden, daß sie auf eine definitive Anstellung nicht rechnen können.

c) Die lebenslängliche Anstellung nach dreijähriger Assistentenzeit soll im allgemeinen als Oberarzt angestrebt werden; im Hinblick auf die bestehenden regionären Verhältnisse und zutage getretenen Meinungsverschiedenheiten mag jedoch die Zwischenstufe des Anstaltsarztes (ordentlicher Arzt, Abteilungsarzt) mit den unter b) aufgeführten Gehalts- und Nebenbezügen belassen werden; dem Anstaltsarzt muß aber nach einer bestimmten Dienstzeit das Aufrücken in eine Oberarztstelle garantiert werden. Das Anfangsgehalt des Oberarztes ist in jenen Anstalten mit der Zwischenstufe der „ordentlichen Ärzte" oder „Anstaltsärzte" entsprechend höher als 3600 Mark zu normieren.

Die besonderen Verhältnisse der Großstadtanstalten mit hoher Aufnahmeziffer erfordern bezüglich der Bemessung der Gehälter der Oberärzte besondere Berücksichtigung.

d) Das Gehalt des Direktors soll an Anstalten bis zu 700 Kranken mindestens 6000 bis 9000 M., in den großen Anstalten 9000 bis 12000 M., nebst den freien Nebenbezügen nach b) betragen und in dreijährigen Zeiträumen um je 500 bis 600 M. vom Anfangs- zum Höchstgehalt steigen.

e) Es ist wünschenswert, daß den verheirateten Ärzten in entlegenen Anstalten Erziehungszuschüsse zur Kindererziehung bewilligt werden.

f) Um den Übergang in die freie Praxis den danach begehrenden Anstaltsärzten zu ermöglichen, könnte ihnen beim Austritt aus dem Anstaltsdienst anstatt der Pensionsansprüche eine Abfindungssumme zugewährt werden, etwa nach 5 jähriger Dienstzeit 5000, nach 10jähriger 10 000 M.

II. Organisation des ärztlichen Dienstes.

In Anstalten mit einer Aufnahmeziffer bis 25% des Durchschnittsbestandes soll für je 100 Kranke eine Arztstelle exkl. Direktor vorhanden sein, in Anstalten mit höherer Aufnahmeziffer entsprechend mehr Arztstellen.

Die Kommandierung von Militärärzten zu öffentlichen Anstalten ist anzustreben.

Den definitiv angestellten Ärzten soll bei der Krankenbehandlung möglichste Selbständigkeit eingeräumt werden und gewahrt bleiben.

An der Gutachtertätigkeit sollen alle Ärzte teilnehmen und auch Gelegenheit erhalten, Gutachten vor Gericht zu vertreten. Jedem Arzt soll die seine Abteilung oder seine Kranken betreffende eingehende Korrespondenz zugänglich gemacht werden. Wichtigere Verwaltungs- und allgemeine Angelegenheiten sollen möglichst in der ärztlichen Konferenz in Gegenwart aller Ärzte behandelt und erledigt werden.

III. Besondere medizinische Ausbildung, wissenschaftliche Fortbildung, geistige Anregung und Erholung.

Außer in der Psychiatrie soll, wo es erforderlich ist, möglichst jeder Oberarzt und ältere Anstaltsarzt in einem Spezialfach der Medizin besonders ausgebildet sein (innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie usw.). Diese spezialistische Ausbildung ist nur dann als vollendet zu betrachten, wenn sie mindestens 1 bis 2 Jahre gedauert hat. Sofern sie nicht vor dem Eintritt in den Anstaltsdienst erlangt wurde, ist es Sache der zuständigen Landes-, Provinzial-, Kreis- oder Kommunalbehörden, die Kosten einer solchen spezialistischen Ausbildung zu tragen.

In jeder Anstalt sind hinreichende Mittel zur Teilnahme der Ärzte an Fortbildungskursen und wissenschaftlichen Versammlungen, zu Studienreisen und zur spezialistischen Aus- und Fortbildung von Anstaltsärzten, sowie für ärztliche Bibliothek und Laboratorium auszuwerfen.

In größeren Anstalten soll ein eigener pathologischer Anatom angestellt werden. Überall aber soll in den Anstalten für einen regen wissenschaftlichen Betrieb (Referatabende, Laboratoriumsarbeiten usw.) Sorge getragen werden.

Der Ärzteaustausch zwischen Anstalten und psychiatrischen Kliniken ist anzustreben. Einem Einrosten und Stagnieren könnte auch durch Versetzung innerhalb der Landesanstalten vorgebeugt werden.

Es ist empfehlenswert, die jährlichen Fortbildungskurse hier und da auch an kleineren Universitäten abzuhalten.

Jedem Arzt soll nicht nur durch Einrichtung eines ärztlichen Tagesdienstes, sondern auch durch die Gewährung freier Tage und eines jährlichen längeren Urlaubes hinreichende Gelegenheit zur Erholung und geistigen Anregung gegeben werden. —

Nachdem *Siemens* diese Grundsätze zur Annahme empfohlen, werden sie nach kurzer Diskussion, an der sich *Ganser*, *Cramer* und *Siemens* beteiligen, auf den Vorschlag *Alts* im ganzen und zwar einstimmig angenommen und sollen den in Betracht kommenden Behörden mit einem Anschreiben des Vorstandes übersandt werden [1]).

Ebenso wird der weitere Antrag *Siemens*, daß die Kommission zur Wahrung der Standesinteressen auch künftig fortbestehen möge, angenommen.

---

[1]) Dies ist inzwischen geschehen.

Aus dem Vorstande des Vereins scheiden satzungsmäßig *Kreuser* und *Siemens* aus. Beide werden auf den Vorschlag *Knechts* durch Zuruf wiedergewählt und nehmen die Wahl an.

Zum Ehrenmitglied des Vereins wird, nachdem *Kraepelin* diesen Antrag warm befürwortet hat, Geheimrat *Ludwig* in Heppenheim durch allseitige Zustimmung ernannt.

*Alt* beantragt, der Deutsche Verein für Psychiatrie möge sich die Organisation des internationalen Kongresses für Psychiatrie in der Hauptsache angelegen sein lassen, der im Herbst 1909 in Deutschland und zwar in Berlin tagen soll. Der Antrag wird angenommen. Es ist angeregt worden, den Kongreß auch auf Psychologie und Neurologie auszudehnen. Die Ausdehnung auf die Psychologie wird abgelehnt, über die Einbeziehung der Neurologie keine Entscheidung getroffen. Im übrigen soll der Vorstand unter Zuziehung *Alts* über die Angelegenheit beraten und das Ergebnis im nächsten Jahre der Versammlung vorlegen.

Es folgt das zweite Referat

*A. Cramer*-Göttingen: Psychiatrische Wünsche zur Strafprozeßreform.

Hierzu lagen folgende Thesen des Referenten gedruckt vor:

A. Allgemein.

Der Psychiater ist ohne Beihilfe eines sachkundigen Juristen nicht zuständig, in Paragraphen formulierte Wünsche zur Strafrechtsreform vorzulegen.

Jeder Jurist muß angehalten werden, mindestens ein Semester während seines Studiums gerichtliche Psychiatrie zu hören.

B. Strafprozeßordnung.

1. Zum Prinzip der Auswahl der Sachverständigen sind besondere Wünsche nicht mehr vorzubringen, nachdem die Praxis gezeigt hat, daß nach wie vor trotz der Einrichtung des Institutes der Gerichtsärzte der Irrenarzt von Beruf bei den schwieriger zu beurteilenden Fällen in ausreichender Weise zu Wort kommt. Die Einführung eines Gegensachverständigen für alle Fälle erscheint nicht erforderlich, dagegen ist Vorkehrung zu treffen, daß es in den Fällen, wo es der Angeklagte oder Angeschuldigte wünscht, unter allen Umständen möglich ist, noch einen zweiten Sachverständigen zu hören.

2. Es ist Vorkehrung zu treffen, welche ermöglicht, einen Zeugen zu zwingen, sich einer psychiatrischen Expertise zu unterwerfen. Eine Untersuchung der Zeugen auf ihren Geisteszustand hat in allen den Fällen zu geschehen, wo Verdacht auf Geisteskrankheit oder einen Grenzzustand besteht. Wird eine Anklage nur auf Grund eines einzigen Zeugen erhoben, so erscheint eine Begutachtung dieses Zeugen erwünscht. In besonders wichtigen Fällen muß eine Anstaltsbeobachtung der Zeugen möglich sein. Natürlich müssen auch die Zeugen

gegen eine zu weite Ausdehnung dieses Rechtes zur psychiatrischen Untersuchung durch die Möglichkeit eines Rekurses an höhere Instanzen geschützt werden.

3. Der Begriff Verhandlungsfähigkeit muß möglichst weit gefaßt werden.

4. Bei Verlesung des Protokolles über die Vernehmung eines Zeugen oder Sachverständigen muß ein Sachverständiger gehört werden, der festzustellen versucht, ob nicht die Geisteskrankheit, welche die Vernehmung des Zeugen in der Hauptverhandlung unmöglicht macht, bereits zur Zeit der Vernehmung, deren Protokoll verlesen werden soll, auf Aussage und Gutachten von Einfluß gewesen ist oder nicht.

5. Die Fragestellung vor den Schwurgerichten ist so zu treffen, daß neben der Frage der Zurechnungsfähigkeit auch die der Schuld beantwortet wird.

6. Von der Möglichkeit der Wiederaufnahme der Verhandlung und der nachträglichen Freisprechung müßte mehr Gebrauch gemacht werden, selbst wenn eine Verhandlung nicht mehr möglich ist (Freisprechung nach dem Tode).

7. Bei einem im Strafvollzug geistig Erkrankten ist die während der Dauer der Krankheit in einer Krankenanstalt (Irrenanstalt) zugebrachte Zeit auf die Strafhaft anzurechnen. Ein Strafvollzug an Geisteskranken ist eine Unmöglichkeit, trotzdem kommt es gelegentlich darüber zu Differenzen zwischen der Strafvollstreckungsbehörde und dem Sachverständigen, namentlich, wenn transitorisch geistig erkrankte Grenzzustände in Betracht kommen. In solchen Fällen müssen Obergutachten eingeholt werden.

Es ist dringend erwünscht, daß die Beobachtung auf Grund des § 81 StPO., wenn eine mehrfache Begutachtung durch verschiedene Sachverständige erforderlich ist, nicht auf sechs Wochen für die gesamte Beobachtung beschränkt ist.

C. Strafgesetzbuch.

Bei der Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit nach § 51 ist der Begriff der freien Willensbestimmung für den psychiatrischen Sachverständigen nicht erforderlich. Erwünscht wäre, wie bereits betont, daß jedesmal, soweit das möglich ist, Schuld oder Nichtschuld festgestellt würde.

Auf jeden Fall sind nicht nur die Geisteskranken, sondern auch die Grenzzustände zu berücksichtigen. Dieses ist heute möglich, weil wir uns in dem letzten Jahrzehnt eine ausreichende Klinik der Grenzzustände erworben haben und die einzelnen Formen umschreiben und diagnostizieren können. Soll in der Novelle zum Strafgesetzbuch von diesen Grenzzuständen die Rede sein, so spricht man am besten nicht von geminderter Zurechnungsfähigkeit, sondern von

geistiger Minderwertigkeit, weil damit angezeigt ist, daß wir es mit einer Krankheit zu tun haben, und nur über eine Krankheit der Arzt ein Gutachten abgeben kann. Auf jeden Fall muß in dem Paragraphen, der die geistig Minderwertigen berücksichtigt, in irgend einer Weise betont werden, daß es sich um einen krankhaften Zustand handelt.

Geistig Minderwertige, die eine strafbare Handlung begangen haben, können weder in einer Irrenanstalt, welche für Geisteskranke bestimmt ist, noch in einer Strafanstalt, welche nicht für Geisteskranke bestimmt ist, strafrechtlich behandelt werden, hierzu sind besondere Anstalten erforderlich. Die strafrechtliche Behandlung muß so lange andauern, als es der Zustand des geistig Minderwertigen erfordert.

Dabei gibt es auch Zustände transitorischer geistiger Minderwertigkeit, welche eine strafrechtliche Behandlung überhaupt nicht erfordern. Hier genügt die bedingte Strafaussetzung und Begnadigung.

Ob die strafrechtliche Behandlung durch richterliche Verfügung nach Anhörung von Sachverständigen oder durch Entmündigung in ihrer Art und Dauer bestimmt wird, muß dem Ermessen der juristischen Sachverständigen der Gesetzgeber überlassen bleiben.

Auf jeden Fall müssen bei Entscheidung aller dieser Fragen Sachverständige gehört werden, denn nur diese können auf Grund einer genauen klinischen Kenntnis des Gesundheitszustandes des Minderwertigen entscheiden, ob für die Zukunft eine Gefährlichkeit besteht oder nicht.

Prinzipiell muß der Psychiater auf dem Standpunkt stehen, daß alle Handlungen, welche dem geistig Minderwertigen zur Last gelegt werden müssen, mit als Ausfluß seiner Krankheit zu betrachten sind, so daß also das Wort „strafrechtlich" bei der Behandlung ganz gut wegfallen könnte. Da es aber nicht zu erwarten ist, daß sich die lex ferenda auf einen rein deterministischen Standpunkt stellen wird, wird sich der Psychiater in der angegebenen Weise mit dem Begriff einer strafrechtlichen Behandlung abfinden müssen.

2. Bei der Beurteilung der Jugendlichen wäre es erwünscht, wenn der Begriff des Discernement ganz fallen könnte, oder wenn er wenigstens wesentlich eingeschränkt würde.

Es ist die Einführung von Jugendgerichtshöfen zu erstreben. Solange ein Täter die Schule besucht, ist ein strafrechtliches Einschreiten zu vermeiden. Das kann am besten durch Heraufrücken der Grenze der absoluten Strafunmündigkeit geschehen. Auch das Heraufrücken der Grenze für die Strafmündigkeit ist erwünscht.

In allen Fällen ist bei erstmaliger Verurteilung von Jugendlichen in möglichst ausgedehnter Weise von der bedingten Begnadigung und Strafaussetzung Gebrauch zu machen.

Bei Durchführung der Zwangserziehung und der Fürsorgeerziehung sind die Zöglinge einer ständigen Kontrolle durch einen psychiatrisch gebildeten Arzt zu unterziehen, damit etwa einsetzende geistige Minderwertigkeit oder geistige Krankheit, welche eine andere Art der Behandlung erfordert, wenn nicht der Erfolg der Erziehung in Frage gestellt werden soll, rechtzeitig erkannt wird.

Soll es zu einem Strafvollzug bei Jugendlichen kommen, so darf er nur in besonderen Anstalten für Jugendliche durchgeführt werden.

3. Da nicht bestritten werden kann, daß bei den Berauschten eine mehr oder weniger ausgesprochene Bewußtseinsstörung vorliegt, und fast alle chronischen Alkoholisten zu den geistig Minderwertigen gerechnet werden müssen, ist auf ein Trinkerzwangsgesetz hinzuwirken, denn eine Exkulpierung aller dieser Fälle würde dem Rechtsbewußtsein unseres gesamten Volkes widersprechen.

4. Für die Taubstummen sind besondere Bestimmungen nicht erforderlich, wenn der Begriff der geistigen Minderwertigkeit vorgesehen wird. Auf jeden Fall muß betont werden, daß sich darunter viel häufiger, als angenommen wird, psychopathische Individuen befinden. —

Im Anschluß an diese Thesen führt *Cramer* aus:

Der Psychiater kann, wie jeder andere Arzt, mit der Straf- und Zivilrechtspflege nur als Sachverständiger in Beziehung treten. Bei seinen Wünschen muß er sich lediglich auf die Lehren der psychiatrischen Wissenschaft stützen. Die Formulierung von neuen Gesetzesparagraphen steht ihm nur zu, wenn er mit einem sachkundigen Juristen Hand in Hand arbeitet. Leider wird diese Forderung von vielen Publikationen auf forensisch-psychiatrischem Gebiete nicht berücksichtigt.

Dringend zu wünschen ist, daß jeder Jurist während seines Studiums ein Semester gerichtliche Psychiatrie hört, damit er sich über den Inhalt und die Begründung des psychiatrischen Gutachtens ein eigenes Urteil bilden kann; speziell für das Verständnis der psychischen Grenzzustände, die ja in der lex ferenda mehr berücksichtigt werden sollen, ist eine solche Vorbildung erwünscht. Dieselbe wird ihn auch in den Stand setzen, solche Sachverständigen auszuwählen, die ihr Gutachten nur auf Grund eines streng wissenschaftlichen Vorgehens abgeben. Andere Wünsche zur Auswahl von Sachverständigen liegen nicht vor, nachdem die jetzt geübte Praxis neben dem Gerichtsarzt auch den Irrenarzt als Sachverständigen in ausreichender Weise zu Wort kommen läßt. Ein Gegensachverständiger braucht wohl auch in Zukunft nur in den Fällen vernommen zu werden, wo auf Grund des Gutachtens eines einzigen Sachverständigen eine An-

klage erhoben werden soll. Von großer Wichtigkeit ist die Forderung, daß die neue Strafprozeßordnung Mittel an die Hand gibt, Zeugen auf ihre Zeugnisfähigkeit zu untersuchen, wenn Verdacht auf Geisteskrankheit oder einen Grenzzustand besteht. In besonders schwierigen Fällen wäre eine Anstaltsbeobachtung des Zeugen erwünscht.

Es ist zu erstreben, daß nach Möglichkeit gegen Geisteskranke, gegen Grenzzustände immer, verhandelt wird, weil die Feststellung von Schuld oder Nichtschuld für die weitere Zukunft von größter Wichtigkeit ist und die Behandlung sehr erleichtert wird, wenn der Kranke nach beginnender Besserung nicht einer Gerichtsverhandlung, sondern klaren Verhältnissen gegenübersteht.

Ferner müßten auf Verlangen des Sachverständigen die Zeugenaussagen, welche auf psychische Anomalien Bezug nehmen, wörtlich protokolliert werden können, denn bei dem gegenwärtigen Verfahren lassen die nur dem Sinne nach gemachten Aufzeichnungen der Zeugenaussagen den Sachverständigen, was die einzelnen Momente vor, während und nach der Tat betrifft, nur zu oft im Stich. Wenn ein Zeuge oder Sachverständiger nach seiner Vernehmung geisteskrank wird, und das über diese Verhandlung vorhandene Protokoll verlesen werden soll, empfiehlt es sich, Sachverständige darüber zu hören, ob nicht zur Zeit der früheren Vernehmung die Zeugenäußerung oder das Gutachten schon krankhafte Momente beeinflußt haben. Bei den Schwurgerichten müßte die Frage nach der Schuld neben der nach der Zurechnungsfähigkeit geprüft werden, damit dem nichtschuldigen Geisteskranken das Odium seiner Schuld nicht anhaften bleibt.

Sehr zu bedauern ist, daß zurzeit der § 493 StPO., nach welchem die Dauer des Aufenthaltes in Krankenhäusern während der Dauer der Strafhaft auf die Strafzeit angenommen werden soll, für Geisteskranke nicht zur Anwendung kommt. Der Verurteilte rechnet sich den Anstaltsaufenthalt, den er ja eben so als Beschränkung seiner Freiheit empfindet wie das Gefängnis, auf seine Strafzeit an und erlebt dann bei seiner Entlassung die Enttäuschung, daß seine Strafzeit sich um nichts verkürzt hat. Dieses Moment kann aber auf seinen Geisteszustand nur nachteilig einwirken.

Bei den Wünschen für die Reform des Strafgesetzbuches hob Ref. hervor, daß vom medizinischem Standpunkt aus das Ideal eine Gesetzgebung in rein deterministischem Sinne sein würde.

Es würde für die Dauer und Art der Verwahrung eines Verbrechers nicht die Tat an sich, sondern allein der Zustand des Täters in Betracht kommen; je nachdem, ob es sich um einen Geisteskranken, einen Grenzzustand oder einen Gesunden handelt.

Unsere Zeit ist aber für eine deterministische Auffassung noch nicht reif. Auch würde eine Reihe von Idealen bei Einführung einer solchen Gesetzgebung für immer verloren sein.

Eine Berücksichtigung bei der lex ferenda verdienen aber heute unbedingt die Grenzzustände, weil ihre klinische Art genau bekannt ist und Gesetzgeber und Sachverständige auf dem bestimmten Boden der wissenschaftlichen Tatsachen arbeiten können.

*Cramer* gibt dem Ausdruck geistige Minderwertigkeit vor dem der geminderten Zurechnungsfähigkeit den Vorzug, weil dieser allein durch medizinische Diagnose sicher festgestellt werden kann. Der Prozentsatz der geistig Minderwertigen ist nach den Erfahrungen des Ref. ein ziemlich hoher (60—80 auf 1000); noch viel höher ist derselbe bei ungünstigem Milieu, z. B. bei Fürsorgezöglingen.

Die geistig Minderwertigen zerfallen 1. in solche, die nur vorübergehend gefährlich sind, und bei denen bedingte Strafaussetzung oder Begnadigung eintreten muß, 2. in solche, die häufiger gefährlich werden, die nach Aussetzung des Strafvollzuges verwahrt werden müssen, bis Besserung eintritt, und 3. in solche, die vermöge einer nicht zu ändernden Charakteranlage zum Verbrechen getrieben werden und deshalb dauernd verwahrt werden müssen.

Ob der Gesetzgeber imstande ist, durch besondere Maßnahmen die etwa notwendige strafrechtliche Verwahrung dieser einzelnen Gruppen individuell zu regeln, kann der Arzt nicht übersehen, auch kann er sich kein Urteil darüber erlauben, ob diese Sicherungsmaßregel vom Zivil- oder Strafrichter verfügt werden soll.

Über die „freie Willensbestimmung" kann sich der Arzt als Sachverständiger nicht äußern, weil es sich um einen metaphysischen und nicht naturwissenschaftlichen Begriff handelt. Mit philosophischen Deliberationen über den Begriff der freien Willensbestimmung wird der Richter in der Praxis nie etwas anfangen können.

Der Arzt kann nur feststellen, ob ein Kranker durch sein Leiden auf die Stufe eines unmündigen Kindes herabgedrückt wird, oder inwieweit eine festgestellte Krankheit das Tun und Lassen eines Kranken beeinflußt. Eine diesem entsprechende Fragestellung würde vor Gericht den Rechtsbegriff der freien Willensbestimmung überflüssig machen; andernfalls würde sich nur der Richter mit demselben zu beschäftigen haben.

Auch angesehene Kriminalisten wie *v. Liszt* und *v. Hippel* halten die „freie Willensbestimmung" für ganz gut entbehrlich.

Bei der strafrechtlichen Behandlung der Jugendlichen ist vor allem neben der Sicherung der Gesellschaft vor diesen Elementen auf eine Besserung und Erziehung derselben Wert zu legen. Das Alter für die Strafunmündigkeit müßte weit über das 12. Jahr hinausgesetzt werden; das Alter für die Strafmündigkeit bis zum 21. Lebensjahr.

Mit dem Discernement, d. i. der zur Erkenntnis der Strafbarkeit einer Handlung erforderlichen Einsicht, kann der Mediziner nichts an-

fangen, dieselbe könnte in Wegfall kommen. Als prophylaktische Maßnahme wäre eine strenge Durchführung des Fürsorgeprinzipes zu erstreben.

Die schulentlassene Jugend müßte einer gewissen Kontrolle unterworfen sein, ähnlich wie es bei den gebildeten Ständen auf höheren Schulen und Universitäten der Fall ist.

Wichtig ist ferner, daß an die Armee- und Marinebehörde bei der Rekruteneinstellung über Leute von zweifelhaftem Geisteszustand rechtzeitig berichtet wird.

Es müßte in möglichst weitem Umfange von der bedingten Begnadigung und Strafaussetzung Gebrauch gemacht werden. Auch sind nach Möglichkeit Jugendgerichtshöfe einzurichten.

Was schließlich die Frage der Trunksucht und Trunkenheit betrifft, so ist heute noch unmöglich, die Trunkenheit und Trunksucht ganz generell als Strafausschließungsgrund anzusehen, obschon dieser Standpunkt sich auf Grund unserer wissenschaftlichen Forschungen halten läßt. Nachdem auch die Entmündigung wegen Trunksucht so gut wie versagt hat, ist der einzige Ausweg ein energisches Trinkerzwangsgesetz. (Ausführliche Veröffentlichung in der Münchener med. Wochenschr.)

*Aschaffenburg*-Köln: Die Stellung der modernen Rechtswissenschaft zur verminderten Zurechnungsfähigkeit.

Vortr. geht davon aus, daß dieselben Bedenken, die von dem Ref. *Cramer* gegen den Ausdruck der verminderten Zurechnungsfähigkeit geltend gemacht worden sind, auch gegen den Ausdruck der geistigen Minderwertigkeit erhoben werden können. Er betrachtet, wie neuerdings auch *Kahl*, die Frage nach der zweckmäßigsten Benennung als nebensächlich gegenüber der Wichtigkeit der gesamten Frage. Die Behandlung der vermindert Zurechnungsfähigen ist das wichtigste Problem der Zukunft. Aus den vermindert Zurechnungsfähigen rekrutiert sich zum großen Teil das Verbrechertum; sie bilden die größte Gefahr und bereiten gleichzeitig der Gegenwehr der Gesellschaft die größten Schwierigkeiten. Daher bildet die Auffassung, die das zukünftige Strafgesetzbuch dieser Gruppe gegenüber vertreten wird, einen Maßstab für die Tiefe des Eindringens in das Verständnis der Welt der Asozialen, Antisozialen, Entgleisten.

Die verminderte Zurechnungsfähigkeit entspricht einer verminderten subjektiven Schuld, aber der Regel nach einer vermehrten objektiven Gefährdung. Daher ist die Strafmilderung als Gegenmaßregel ganz ungeeignet, und der Ersatz von Sonderbestimmungen für die vermindert Zurechnungsfähigen durch die mildernden Umstände verfehlt.

Bevor wir als Psychiater unsere Wünsche formulieren, ist es erforderlich, die Stellung der Juristen kennen zu lernen. Vortr. hätte gewünscht, daß diese Stellungnahme durch den Berufensten hier vorgetragen worden

wäre, durch *Kahl*, der in seiner meisterhaften Darstellung (in seiner Arbeit: Geminderte Zurechnungsfähigkeit; Rechtsvergleichende Darstellung, Allgemeiner Teil, Bd. I) die ganze geschichtliche Entwicklung ebenso sorgfältig zusammengestellt hat, wie die Rechtslage in fremden Ländern und die wissenschaftliche Entwicklung des ganzen Problems. *Kahl*, der leider verhindert ist, der Versammlung beizuwohnen, hat den Vortr. zu der Erklärung ermächtigt, daß ein ängstliches Zurückhalten mit den Forderungen, die die Psychiater stellen zu müssen glauben, unangebracht sei, wie auch ein Blick in die Geschichte ohne weiteres erkennen läßt.

Der Zustand einer verminderten Zurechnungsfähigkeit war schon in der Carolina bekannt. Die Gesetzesbücher von Österreich, Preußen und Bayern enthielten im 18. Jahrhundert ausdrücklich Bestimmungen darüber und ebenso alle Partikulargesetze im 19. Jahrhundert mit Ausnahme von Preußen, Waldeck und Lübeck. Ein ernster Gegner erwuchs der verminderten Zurechnungsfähigkeit in *Feuerbach*. Es ist bei dem Gewicht dieser Persönlichkeit doppelt bedeutsam, daß *Feuerbach* in späterer Zeit, als er in seiner Eigenschaft als Präsident eines Gerichtshofes in enge Berührung mit den Bedürfnissen der Rechtsanwendung und mit dem Leben kam, seine theoretisch bestehende ablehnende Haltung aufgab und in einem hinterlassenen Entwurf zu einem bayerisehen Strafgesetzbuch die verminderte Zurechnungsfähigkeit vorgesehen hatte. Als zweiter Gegner trat *Berner* 1843 auf. Seinem Einfluß ist es zu verdanken, daß im zweiten Entwurf zu dem Strafgesetzbuch für den norddeutschen Bund, das später zu unserem deutschen Reichs-Strafgesetzbuch wurde, die im ersten Entwurfe vorgesehene Bestimmung über die verminderte Zurechnungsfähigkeit zu Fall kam. Der General-Staatsanwalt *Schwarze*, selbst ein entschiedener Anhänger der verminderten Zurechnungsfähigkeit, mußte im Reichstag die Kommissionsbeschlüsse vertreten, nach denen die verminderte Zurechnungsfähigkeit aufgegeben und durch die mildernden Umstände ersetzt werden sollte. Der Reichstag übersah dabei, daß die mildernden Umstände durchaus nicht bei allen Gesetzesparagraphen vorgesehen waren, und konnte noch weniger voraussehen, wie wenig geeignet die mildernden Umstände zum Ersatz bestimmter gesetzlicher Maßnahmen gegen die vermindert Zurechnungsfähigen war.

Im Laufe der letzten Jahrzehnte ist die Gegnerschaft gegen die verminderte Zurechnungsfähigkeit mehr und mehr geschwunden. Von den Gegnern, die in den letzten Jahren sich dagegen ausgesprochen haben, darf *Felix Delbrück* wohl mehr als Gegner des *Liszt*schen Gesetzentwurfes, mit Hilfe dessen dieser die Gefährlichkeit der vermindert Zurechnungsfähigen zu bekämpfen vorschlägt, angesehen werden, denn als Gegner gesetzgeberischer Maßnahmen. Auch *von Sichart* ist nur deshalb gegen die Anerkennung dieser Zustände, weil er die Strafmilderung, womit wir alle übereinstimmen, für gefährlich hält. Ganz ähnlich auch *Finger*, nur daß dieser die vermindert Zurechnungsfähigen, ähnlich wie das auch *van Hamel*

gewünscht hat, ganz der Behandlung des Psychiaters zuweisen will. Vortr. hält es deshalb für wichtig, nochmals festzustellen, daß er, wohl im Einverständnis mit den meisten seiner Fachkollegen, die vermindert Zurechnungsfähigen zu den Zurechnungsfähigen rechnet, nicht zu den Unzurechnungsfähigen. Sie können und müssen für ihre Straftaten verantwortlich gemacht werden, wenn auch vom Standpunkte der Verschuldung aus nicht in dem gleichen Maße, wie die geistig völlig Gesunden und Normalen.

Von Wichtigkeit sind die Auffassungen *Hoegels* und *Lucas'*. *Lucas*, der zurzeit mit der Abfassung eines vorläufigen Strafgesetzentwurfs für Deutschland beschäftigt ist, hält die Frage der Prüfung für wert, ohne sich mit Bestimmtheit für oder gegen auszusprechen. *Hoegel*, dem dieselbe Aufgabe in Österreich zugefallen ist, wehrt sich gegen die Einführung des Begriffs, hat dabei aber gegen vorbeugende und sichernde Maßregeln auf dem Gebiete des Zivilrechts und der Verwaltung nichts einzuwenden.

Auch *Finkelnburg* darf nicht als ein direkter Gegner aufgefaßt werden. Er behandelt die ganze Frage nur vom Standpunkte des Strafvollzugs und behauptet, man könne mit den vermindert Zurechnungsfähigen auch im Strafvollzuge recht gut fertig werden. Ob — die Richtigkeit seiner Auffassung vorausgesetzt — die Bestrafung das Richtige ist, muß für viele Fälle ernstlich bezweifelt werden. Ganz zweifellos aber ist, daß nicht jeder Strafvollzugsbeamte die Befähigung *Finkelnburgs* besitzt, diesen während der Strafverbüßung meist recht schwierigen Menschen gerecht zu werden.

Als letzter Gegner muß schließlich noch *Birkmeyer* erwähnt werden. Auch *Birkmeyer* muß anerkennen, daß eine besondere Strafmilderung und gleichzeitig eine Sicherung gegen besonders gemeingefährliche Verbrecher notwendig sei, lehnt aber die Anerkennung dieser Zustände schon allein um deswillen ab, weil er ein immer tieferes Eindringen der Irrenärzte in den Machtbereich der Strafjustiz fürchtet. Er erklärt die Irrenärzte für Feinde des Strafrechts unter völliger Ignorierung des starken Anteils, den gerade die Irrenärzte an der wissenschaftlichen Klärung vieler Fragen und am Aufbau der Kriminalpsychologie haben.

Das sind die Gegner, die literarisch besonders hervorgetreten sind, wie man sieht, alle, trotz ihrer Gegnerschaft, von der Notwendigkeit einer Sonderbehandlung gewisser Rechtsbrecher überzeugt.

Auch die juristischen Vereinigungen sind mit mehr oder weniger großer Entschiedenheit der Anschauung der Irrenärzte beigetreten. Auf der Versammlung der internationalen kriminalistischen Vereinigung in Dresden vertrat *von Liszt* die Auffassung, man müsse die Möglichkeit, vermindert Zurechnungsfähige wegen ihrer Gemeingefährlichkeit zu entmündigen, gesetzlich vorsehen. Im Anschluß an *Liszts* Vorschlag entwarf *Oetker* einen Gesetzentwurf, in dem er statt der Entmündigung ein Verfahren zur Feststellung der Gemeingefährlichkeit vorschlug. Vortr. bemerkt

dazu, daß die Frage, welches der beiden Verfahren vorzuziehen sei, mehr den Juristen interessieren müsse, und daß die Irrenärzte beide gutheißen könnten. Auch 1904 auf der Stuttgarter Versammlung der internationalen kriminalistischen Vereinigung bestand eine Übereinstimmung darin, daß die vermindert Zurechnungsfähigen in anderer Weise, wie die ganz Vollzurechnungsfähigen, zu behandeln seien, eine Forderung, der vom Standpunkte des Strafvollzugs auch *Krohne* beitrat.

Auf der internationalen Tagung der internationalen kriminalistischen Vereinigung 1905 in Hamburg trat *Torp* mit der Behauptung hervor, daß, während alle Länder die verminderte Zurechnungsfähigkeit einzuführen bestrebt seien, Dänemark, das sie gesetzlich anerkenne, sie los zu werden wünsche. Dieser scheinbare Gegensatz der Meinungen wurde aber in der Diskussion dadurch verständlich, daß Dänemark die Strafe bei vermindert Zurechnungsfähigen prinzipiell mildert, also gerade das tut, was wir aufs entschiedenste ablehnen. Im übrigen bestand volle Übereinstimmung darin, daß ein Sonderverfahren unbedingt gesetzlich verlangt werden müsse.

Auch der deutsche Juristentag faßte unter Führung von *Kahl* und *Kroneker* in Berlin, ebenso wie 1904 auf Grund der Referate der Irrenärzte *Cramer* und *Kraepelin* und der Juristen *Kahl* und *Kleinfeller*, den Beschluß, gegen geistig Minderwertige gesetzliche Maßnahmen zu verlangen.

So hat sich allmählich der Stand der Dinge entwickelt, und *Kahl* hat wohl recht, diesen Standpunkt so zu schildern: „Nicht bestritten ist mehr die Tatsache der geminderten Zurechnungsfähigkeit. Nicht mehr bestritten ist weiterhin, daß dieser Tatsache gegenüber etwas geschehen müsse."

„Als Streitfrage ist nun geblieben, ob dies allein durch die Mittel des Verwaltungsrechts, ob z u g l e i c h durch die Mittel der Strafrechts zu geschehen habe. Letzterenfalls wieder, ob es genüge, die geminderte Zurechnungsfähigkeit undeklariert der Strafzumessung und verallgemeinerter Strafmilderung zu überlassen, oder ob es spezieller Berücksichtigung im Strafrecht durch Aufnahme eines gesetzlichen Begriffs der geminderten Zurechnungsfähigkeit mit entsprechender Rückwirkung auf Strafmittel und Strafvollzug bedürfe."

Für uns Irrenärzte ist dadurch die Fragestellung außerordentlich vereinfacht. Sie lautet auch für uns nicht mehr, ob der Zustand der verminderten Zurechnungsfähigkeit gesetzlich anerkannt werden soll oder nicht, sondern welche Mittel der Gegenwehr angebracht sind. Vortr. möchte im Gegensatz zu der Auffassung *Bleulers* nicht auf jede Strafe gegenüber den vermindert Zurechnungsfähigen verzichten. Es gibt genug, auf die eine Strafe eine nachhaltige Wirkung ausübt, oft wird auch die bedingte Verurteilung angebracht sein. In den meisten Fällen aber wird der Hauptwert auf eine zielbewußte Behandlung gelegt werden müssen. Vortr. will an dieser Stelle davon Abstand nehmen zu erörtern, ob und

in welchem Falle die Verhängung einer Strafe neben der Behandlung, wann nur die Behandlung, wann nur Strafe, angezeigt ist.

In welcher Weise schließlich die gesetzgeberischen Maßregeln formuliert werden können, kann für heute unerledigt bleiben. Vortr. hält im Gegensatz zu *Cramer* die Zusammenfassung der psychiatrischen Anschauungen in kurze, gesetzgeberische Vorschläge für notwendig. Es soll damit kein Übergriff in das juristische Gebiet versucht werden, denn die Vorschläge sollen nur der Ausgangspunkt der Erörterung werden. Sie eignen sich dazu seiner Meinung nach sehr viel besser, als Wünsche und Lehrmeinungen. Sie sollen ja ferner auch nur den Juristen als Material dienen. Die Gefahr einer unjuristischen Fassung kann dadurch vermieden werden, daß, wie es seinerzeit auch die deutschen Medizinalbeamten getan haben, ein Jurist als Beirat hinzugezogen wird.

Vortr. stellt deshalb folgenden Antrag:

„Der deutsche Verein für Psychiatrie beschließt, eine Kommission zu ernennen, die, aus drei Psychiatern bestehend, unter Zuziehung eines Juristen, Gesetzesvorschläge auszuarbeiten hat, soweit die bestehende Strafgesetzgebung eine Änderung wünschenswert erscheinen läßt. Diese Vorschläge sind vor der nächsten Versammlung den Mitgliedern des Vereins mit einer kurzen Begründung gedruckt vorzulegen und werden auf der Versammlung zur Diskussion und Abstimmung gebracht. Die von der Versammlung angenommenen Beschlüsse sollen der Reichsregierung als Material vorgelegt werden."

*Weygandt*-Würzburg: Die Ausbildung in der gerichtlichen Psychiatrie.

Die Einführung der Psychiatrie in das ärztliche Staatsexamen hat die gerichtlichen Fragen nicht besonders berücksichtigt. Im ganzen lag auch das Bestreben vor, überhaupt recht mäßige Anforderungen in der Psychiatrie an die werdenden Ärzte zu stellen. Dennoch besteht ein dringendes Bedürfnis nach einer intensiveren Vorbildung auch in der gerichtlichen Seite des Faches. Die Erledigung zahlreicher gerichtlich-psychiatrischer Fälle läßt noch mancherlei Unstimmigkeiten der berufenen Faktoren erkennen. Die Juristen überschätzen manchmal die Leistungsfähigkeit des psychiatrischen Sachverständigen, öfters aber auch glauben sie sich über dessen wissenschaftlich fundierte Aussagen hinwegsetzen und nach eigenem Gutdünken vorgehen zu sollen.

Von medizinischer Seite werden auch vielfach unzutreffende Begutachtungen laut, vor allem in dem Sinn, daß bei Fällen leichter psychischer Abnormität schon ohne weiteres die Voraussetzung des § 51 StrGB. als

gegeben erachtet wird, der bei einer die freie Willensbestimmung ausschließenden krankhaften Störung der Geistestätigkeit, also lediglich bei einer erheblicheren psychischen Anomalie, eine strafbare Handlung als nicht vorhanden annimmt.

Wohl soll der Sachverständige jeden Fall mit allen Mitteln der Wissenschaft untersuchen, aber bei Aufdeckung irgendwelcher abnormen Züge ist noch keineswegs die jenem Paragraphen entsprechende Erheblichkeit der Störung sichergestellt.

Bisher bestehen an allen Universitäten einstündige Vorlesungen oder auch mehrstündige Kurse über gerichtliche Psychiatrie, vielfach für Mediziner und Juristen, ohne irgendwelche Verpflichtung zum Besuch. Die Vorlesungen werden in der Regel mäßig gut, die viel instruktiveren Kurse viel weniger zahlreich besucht. Ein Druck auf die Mediziner könnte wohl ausgeübt werden durch Betonung einer Bestimmung der Prüfungsordnung, die eine Berücksichtigung der Beziehungen zur gerichtlichen Medizin bei den einschlägigen Fächern vorschreibt, was ja vor allem für die Psychiatrie in Betracht kommt.

Den Studierenden der Jurisprudenz wird wohl in ihren Studienordnungen vielfach empfohlen, gerichtliche Medizin oder auch Psychiatrie zu hören, doch bleiben derartige Empfehlungen meist erfolglos. Zweckmäßiger wäre das Prinzip einer in Bayern bestehenden Einrichtung, nach der alle eine staatliche Anstellung anstrebenden Studierenden, besonders also die Juristen, verpflichtet sind, im Laufe des Studiums achtmal eine vierstündige sogenannte philosophische Vorlesung nach freier Wahl zu hören. Diese zur Erlangung einer gründlichen allgemeinen Bildung geeignete Vorschrift wäre von besonderem Segen für die Juristen, wenn ihnen unter jenen vorgeschriebenen „philosophischen Vorlesungen" auch die Vorlesungen über Psychiatrie, über gerichtliche Medizin und besonders auch über gerichtliche Psychiatrie und Kriminal-Psychologie angerechnet würden, was bisher allerdings in Bayern noch nicht geschieht.

Auf diesem Wege würde voraussichtlich bald sowohl jeder Mediziner wie auch jeder Jurist gegen Ende seiner Studien die entsprechenden Vorlesungen und Kurse aufsuchen. Außerdem kommen in Betracht Fortbildungskurse für bereits beruflich tätige Juristen und Medizinalbeamte, wie auch die mancherorts bestehenden, vorwiegend freilich der wissenschaftlichen Anregung dienenden gerichtlich-psychiatrischen oder kriminalistischen Vereinigungen.

Je gründlicher die Ausbildung auf diesem schwierigen Gebiete, um so eher werden in den zahlreichen einschlägigen Fällen die Urteile der Eigenart einer abnormen Persönlichkeit und der Rechtssicherheit der menschlichen Gesellschaft entsprechen.

Leitsätze: 1. Die psychiatrische Prüfung muß sich auch auf die gerichtliche Psychiatrie erstrecken.

2. An jeder Universität müssen sowohl Vorlesungen als auch praktische Kurse über gerichtliche Psychiatrie gehalten werden.

3. Jeder Mediziner ist verpflichtet, Vorlesungen und Kurse über gerichtliche Psychiatrie zu hören.

4. Jeder, der sich zur Physikatsprüfung und einem staatlichen Amt meldet, muß 3 Monate in einer Irrenanstalt tätig gewesen sein.

5. Den Studierenden der Jurisprudenz ist der Besuch von Vorlesungen und Kursen über gerichtliche Psychiatrie dringend zu empfehlen und möglichst zu erleichtern.

6. Die Ausbildung in der gerichtlichen Psychiatrie ist durch Fortbildungskurse und durch kriminalistisch-psychiatrische Vereinigungen zu fördern.

Diskussion über das Referat *Cramer* und die Vorträge *Aschaffenburg* und *Weygandt*. — *v. Liszt*-Berlin weist bezüglich der redaktionellen Formulierung von B 5 der *Cramer*schen Thesen (siehe S. 509) darauf hin, daß nicht sowohl die Frage der „Schuld" als diejenige der „Täterschaft" zu beantworten sei. B 6 wende sich an den urteilenden Richter, komme also für die Gesetzgebung nicht in Betracht. Allgemein findet *v. Liszt* die Forderung der Thesen zu wenig weitgehend. Dieser Umstand habe zur Folge, daß, wenn die Thesen von der Versammlung angenommen würden, der Versammlungsbeschluß die ins Auge gefaßten Reformen eher hemmen als fördern würde. Die Tendenz, sich in den Forderungen zu beschränken, einen gewissen Konservativismus gelten zu lassen, wirke in diesem Falle, wo es sich um erreichbare viel weitere Ziele handele, entschieden reaktionär. Man müsse sich auch darüber klar werden, ob und welche Vorschläge für die Novelle zum Strafgesetzbuch, die bald zu erwarten sei, in Betracht kämen, und welche Vorschläge erst in der Reform des Strafgesetzbuches, die erst in 5 bis 6 Jahren zu erwarten sei, berücksichtigt werden sollen. Zu C 1 sei die Tatsache, daß der Begriff der freien Willensbestimmung „nicht erforderlich" sei, längst anerkannt, man müsse darauf dringen, daß der Begriff überhaupt im Strafgesetzbuch vollständig verschwinde. Zu C 2 bemerkt *v. Liszt*, daß auch die konservativsten Juristen schon dafür seien, daß der Begriff des Discernement falle; die fortschrittlichere Forderung sei, daß die „bedingte Verurteilung" an Stelle der „bedingten Begnadigung" trete. — Bezüglich des *Aschaffenburg*schen Vortrags weist *v. Liszt* auf den Unterschied der Bezeichnung „vermindert Zurechnungsfähige" gegenüber derjenigen „geistig Minderwertige" hin. Die Frage der Unterbringung vermindert Zurechnungsfähiger sei zu erörtern. Es müßten Anstalten unter psychiatrischer Leitung gefordert werden. Diese Frage gehe über den Rahmen des Strafgesetzbuches hinaus, da viele geistig Minderwertige mit dem Strafgesetzbuch überhaupt nicht in Konflikt kommen. *v. Liszt* habe von der Versammlung und speziell aus dem Referate den Eindruck gewonnen, daß unter den Psychiatern eine resignierte

Stimmung bezüglich der Reformen herrsche. Das sei begreiflich, wenn man sehe, wie wenig naturwissenschaftliche Anschauungen und Begriffe sich einbürgern. Mangelndes Verständnis, häufig auch Mißtrauen und böser Wille hemme den Fortschritt. Das sei auch bei vielen Kriminalisten so. Der Pessimismus und die Resignation sei aber nicht angebracht. Einer der stärksten Gegner in Österreich — *Högel*-Wien — sei überwunden worden. In Deutschland stehen die Aussichten günstig. Die maßgebenden Kreise (*Kahl*) seien rationellen Reformen zugeneigt.

*Meyer*-Königsberg schlägt vor, unter dem Eindruck der Ausführungen *v. Liszts*, die weitere Besprechung hinauszuschieben.

Auch *Alt*-Uchtspringe hält eine weitere Diskussion jetzt für überflüssig und befürwortet, entsprechend dem Antrag *Aschaffenburgs*, die Einsetzung einer Kommission, die im nächsten Jahre die psychiatrischen Wünsche zur Strafgesetzreform dem Verein in neuer Formulierung vorlegen soll.

In seinem Schlußwort macht *Cramer* darauf aufmerksam, daß die Unmöglichkeit, für den Arzt Gesetzesparagraphen für eine neue Gesetzgebung zu konstruieren, durch die Ausführungen des Herrn *v. Liszt* deutlich bewiesen sei. *Cramer* habe in seinem Referat lediglich als Mediziner zu Medizinern gesprochen. Es habe sich gezeigt, wie der Jurist, der kein medizinisches Verständnis habe, solche medizinischen Ausführungen auffasse. Wenn Herr *v. Liszt* von einem reaktionär-konservativen Zug im Referate *Cramers* spreche, so sei *Cramer* stolz darauf, er sei aber auch erfreut, den frischen radikalen freisinnigen Wind in den Ausführungen *v. Liszt* kennen gelernt zu haben. Der Gesetzgeber werde dafür sorgen, daß die Bäume nicht in den Himmel wachsen. Der Kommissionsberatung stimme er gern zu, und besonders willkommen sei es ihm, daß ein Jurist Mitarbeiter werden solle.

Nunmehr wird der Antrag *Aschaffenburg* (siehe S. 518) angenommen und in die Kommission *Aschaffenburg*, *Cramer*, *Moeli* und als Jurist *v. Liszt* gewählt.

Nach einer kurzen Pause folgen weitere Vorträge.

*Friedländer*-Hohe Mark: Kritische Bemerkungen zum § 300 StrGB.

Vortr. kann an dieser Stelle auf die reiche Literatur und auf die verschiedenen juristischen Auslegungen des § 300 nicht eingehen. An der Hand mehrerer, zum Teil recht komplizierter Fälle erläutert er die von anderer Seite (*Moll*, *Placzek*, *Aschaffenburg*, *Schmidt* u. a.) in gleicher Weise bewiesenen Unvollkommenheiten des bezüglichen Paragraphen. Der Umstand, daß in relativ kurzer Zeit viele Fälle in die Behandlung oder Beobachtung des Vortr. gelangten, die die schwierige Lage, in die der Gutachter und Sachverständige geraten kann, erkennen ließen, beweist die Häufigkeit derselben und diese wieder ist es, die den Vortr. veranlaßt, im gegenwärtigen Zeitpunkt auch seine Erfahrungen mit-

zuteilen. In den Beispielen, die kurz skizziert werden, handelt es sich um ungemein wichtige soziale, vermögens- und strafrechtliche Momente. Das Berufsgeheimnis bzw. der in der jetzigen Fassung bestehende § 300 zwang den Vortr. wiederholt, Angehörige von Kranken, die ein Testament, eine Ehe anfechten, oder deren Scheidung durchsetzen wollten, ihres einzigen Rechtsmittels zu berauben. Vortr. wirft die Frage auf, ob nicht alle Anstrengungen gemacht werden müßten, ein Gesetz zu verbessern, unter dessen Schutz eben dieses Gesetz von solchen Personen mißbraucht werden kann, die den Arzt durch den § 300 gebunden wissen, wobei er natürlich absieht von den im Gesetz vorgesehenen Fällen, in denen der Arzt befugt bzw. gezwungen ist, das Berufsgeheimnis zu verletzen. Er weist darauf hin, daß auch die Zusendung der Krankenakten bei Wechsel der Anstalt an die zweite Anstalt nicht ohne weiteres gerechtfertigt erscheint, obwohl der Austausch der Akten zur Gepflogenheit wurde und bis heute keine Fälle bekannt wurden, in denen es zu praktischen Verwicklungen kam. Das gleiche gilt von Mitteilungen an Ärzte, die im Auftrage von Familienmitgliedern Erkundigungen, besonders was die Diagnose betrifft, einziehen. Vortr. kann nicht ohne weiteres den Autoren beipflichten, die die ärztliche Ethik als Richtschnur bei ihrem Verhalten gegenüber dem § 300 bezeichnen. Die Befolgung eines Gesetzes dürfte nur von den gesetzlichen Bestimmungen, nicht von individuellen Anschauungen bzw. Erfahrungen vorgezeichnet sein. Weiterhin erwähnt er die von *Placzek* in dankenswerter Weise zusammengestellten entsprechenden Bestimmungen der fremden Länder und polemisiert gegen *Gans*, mit dessen vorgeschlagener Änderung des § 300 er sich nicht einverstanden erklären kann. *Gans* will den § 300 in der Weise geändert wissen, daß es heißt: „Die Offenbarung ist straflos, wenn sie vor Gericht oder in Wahrnehmung berechtigter Interessen erfolgt. Die Verfolgung tritt auf Antrag des Anvertrauenden ein". Bezüglich der Kritik dieses Vorschlages wird auf die ausführliche Arbeit verwiesen. Vortr. glaubt nicht, daß es ihm gelungen sei, eine einwandfreie Fassung des Paragraphen zu finden, möchte aber vorschlagen, folgende Fassung der Kritik zu unterziehen: „Rechtsanwälte, Advokaten, Notare, Ärzte usw. werden, wenn sie nachweisbar böswillig oder fahrlässig Privatgeheimnisse offenbaren usw., bestraft. Die Offenbarung ist straflos, wenn sie geschieht, um Schädigungen einzelner oder der Gesamtheit zu verhüten. Die Verfolgung tritt auf Antrag ein".

(Der Vortrag erscheint in ausführlicher Form an anderer Stelle.)

Diskussion. — *Ganser*-Dresden führt aus, daß sich bei § 300 StrGB. alles um das Wort „befugt" dreht; wenn uns die Befugnis nicht durch den Anvertrauenden erteilt werde, so müßte sie uns gewissermaßen vom Gerichte verliehen werden, nachdem der Anspruch derjenigen Partei, die an unserer Aussage interessiert ist, gerichtlich erstritten ist. In diesem Sinne wäre die Gesetzgebung zu beeinflussen.

*Meyer*-Königsberg schließt sich den Ausführungen *Gansers* an. Er erwähnt einen Fall, bei dem ein Patient nur wegen Augenjucken zur Untersuchung kam und Pupillenstarre sowie fehlende Kniephänomene neben psychisch verdächtigen Erscheinungen bot. *Meyer* entschloß sich in Übereinstimmung mit dem konsultierenden Augenarzt, dem Vater Nachricht zugehen zu lassen.

*M.* erhebt auch Bedenken gegen die zu detaillierte Personalangabe in der Krankengeschichte, die Herr *Friedländer* zuletzt mitteilte.

*Placzek*-Berlin erklärt, daß unter der neuesten Reichsgerichtsentscheidung der Arzt für berechtigt erklärt wird, bei Kollision von Pflichten der nach seinem Ermessen ethisch höheren Pflicht zu folgen. Er dürfte also unter den jetzigen Verhältnissen kaum noch strafbar werden, denn die Reichsgerichtsentscheidung schützt ihn. Ob allerdings für alle Kollisionsmöglichkeiten, möchte ich dahingestellt sein lassen.

*Möller*-Berlin macht auf eine Beziehung des Psychiaters zum Hilfsschulwesen aufmerksam, welche zu Konflikten mit dem § 300 des StrGB. führen kann. Es handelt sich um die ärztliche Beantwortung des sog. Personalbogens für Hilfsschüler. Auf dem Hilfsschultage zu Charlottenburg, April 1907, ist für die Abfassung des betreffenden ärztlich-pädagogischen Journalbogens die Forderung gestellt und zum Beschluß erhoben worden, daß die vom Arzt festgestellten Tatsachen, die Anamnese, einschließlich der hereditären Verhältnisse, sowie Stat. praesens, Diagnose und Prognose, dem Hilfsschullehrer vom Arzt übergeben werden sollen. Wenn auch zugegeben wird, daß die Krankheitserscheinungen in ihren wesentlichen Äußerungen dem Hilfsschullehrer bekannt sein müssen, um seine Maßnahmen erziehlich-didaktischer Art entsprechend einrichten zu können, so ist es doch bedenklich, die anamnestischen Daten, besonders die hereditären, aus der Hand zu geben. Auch sind diese Daten, wie diejenigen über Diagnose und Prognose, nicht notwendig für eine rationelle pädagogische Behandlung der Hilfsschüler. Die Voraussetzung, daß der Personalbogen Amtsgeheimnis der Hilfsschule bleibt, ist nicht ausreichend, um den Arzt vor den Folgen des § 300 zu sichern. Diese Angelegenheit des Hilfsschulwesens hat auch für die Psychiater Interesse, da von verschiedenen Seiten, auch pädagogischen, angestrebt wird, die schulärztliche Tätigkeit an Hilfsschulen nach Möglichkeit Psychiatern bzw. Nervenärzten zu übertragen, weil durch eine derartige Beratung allein wirklich Wertvolles von ärztlicher Seite für die Hilfsschulen geleistet werden könne.

*Aschaffenburg*-Köln glaubt nicht, daß es möglich sein wird, eine Fassung zu finden, die für alle praktisch vorkommenden Fälle ausreicht, wie die vielen Gesetzesvorschläge erkennen lassen. Die Furcht vor der Anwendung des Paragraphen gegen die Ärzte darf insofern wohl als etwas unbegründet betrachtet werden, als tatsächlich die Verfolgungen gemäß § 300 zu den größten Seltenheiten gehören. Auch die von *Friedländer* versuchte Fassung hilft uns nicht über die Schwierigkeit hinweg, daß

ein Patient in bösartiger Weise wichtige Dinge verschwiegen haben will. *A.* persönlich würde sich im ersten Falle nicht einen Augenblick besonnen haben, seine Wahrnehmung den Angehörigen mitzuteilen auf die Gefahr hin, eine Verurteilung über sich ergehen lassen zu müssen. Schließlich bemerkt *A.* noch, daß der einen Reichsgerichtsentscheidung, die der subjektiven Überzeugung von der Notwendigkeit eines Bruchs des Berufsgeheimnisses weiten Spielraum läßt, andere entgegenstehen, darunter eine, die nicht einmal die Offenbarung vor Gericht als befugt anerkennt. Es wäre also verfehlt, sich allzusehr auf die von *Friedländer* erwähnte Reichsgerichtsentscheidung zu verlassen.

*Moeli*-Lichtenberg verweist auf die Anmerkung zur Reichsgerichtsentscheidung, wonach keineswegs gerichtliche Zeugenaussagen vor der Stellung unter „unbefugt" vollkommen gesichert sind. Dagegen scheint eine Mitteilung über eine Behandlung, auf die der Kranke sich als Beweis für Ansprüche usw. berufen hat, an die zuständige Stellung (Invaliditätsversicherung) zulässig.

*Friedländer* (Schlußwort) meint gegenüber Herrn *Ganser*, daß das Gericht nicht ohne weiteres befugt sein dürfte, den Arzt von seiner Berufsverschwiegenheit zu entbinden. Gegen die Bedenken Herrn *Meyers* möchte Vortr. bemerken, daß er in einer geschlossenen, streng wissenschaftlichen Versammlung gesprochen hat; er glaubt nicht, daß jemand die für das Thema nötige Andeutung verstehen konnte (übrigens wurde der Fall in allen Zeitungen besprochen!). Die von Herrn *Placzek* zitierte Reichsgerichtsentscheidung ist Vortr. bekannt; sie und der zu ihr gehörende Zusatz wurde von Herrn *Moeli* treffend erläutert. Sie genügt nicht, den Sachverständigen in allen Fällen zu schützen.

Herrn *Aschaffenburgs* Standpunkt ist ethisch sicherlich zu bewerten. Praktisch steht Vortr. auf dem Standpunkt, daß der aus § 300 bestrafte Arzt eben vorbestraft und die Höhe der Strafe dagegen bedeutungslos bleibt, weil der Betreffende bei denen, die seine Motive nicht kennen, stets als „vorbestraftes Individuum" gilt.

Herrn *Möller* pflichtet Vortr. durchaus bei.

4. Sitzung Sonnabend, 25. April, Nachmittag 2 Uhr.

*Birnbaum*-Herzberge: Über vorübergehende Wahnbildungen auf degenerativer Basis.

Vortr. bespricht zunächst die inhaltlichen und formalen Eigentümlichkeiten des Wahnbildes und kennzeichnet dann die den wahnhaften Ideen eigene Oberflächlichkeit, wie sie in dem unzulänglichen und schwankenden Realitätswert (übertriebene, spielerische, widerspruchsvolle Äußerungen, Neben- und Nacheinander von wahnhaften und Wirklichkeitsvorstellungen), in der Unbeständigkeit der Ideen, der Veränderlichkeit der wahnhaften Inhalte und ihrer Bestimmbarkeit durch äußere Einflüsse zum Ausdruck kommt. Er geht dann zu den

Einzelabschnitten des Verlaufs über, betont bei der Initialphase neben dem unvermittelten Einsetzen der Wahngebilde die häufig am Anfang bestehenden Bewußtseinsstörungen (teils Dämmerzustände mit Stupor-, *Ganser*-Symptomen oder phantastischer Verfälschung der Situation und eigenen Person, teils Zustände veränderter Affektlage mit kindisch affektiertem oder eigentümlich gleichgültigem Verhalten). — Er schildert sodann die Mannigfaltigkeit des Gesamtverlaufs, wobei er näher auf die, durch vielfache Schwankungen ausgezeichneten, zusammengesetzten und protrahierten Verlaufsformen eingeht. Die scheinbare Regellosigkeit des Verlaufsbildes führt er auf den Einfluß äußerer Faktoren zurück und charakterisiert das Wesen des Wahnvorganges im allgemeinen, indem er ihn in Beziehung zu der den Degenerierten eigenen Labilität des psychischen Gleichgewichts setzt und ihn als episodische, auf äußere Anstöße hin erfolgende Störung des degenerativen Grundzustandes erklärt. Sodann erörtert er die Wesensart der wahnhaften Ideen im speziellen. Für ihre von der paranoischen abweichende Eigenart führt er zum Beweise an: die häufige Konzeption der Vorstellungen im Zustande der Bewußtseinsstörung, ihre oberflächliche, oft von Zufälligkeiten abhängige Entstehungsweise, die Produktion von Ideen ohne eigentlich wahnhaften Inhalt, das Auftreten von Erinnerungsfälschungen, wobei zum Teil die selbstverständlichen Daten aus dem Vorleben, Geburtsjahr, Alter usw. immer wieder falsch angegeben werden, und endlich die Unterdrückung unlustbetonter Vorstellungsgruppen. Er weist dann nach, daß die Ideen auf dem Wege der Selbstbeeinflussung ihren Realitätswert erhalten, und bezeichnet sie im Gegensatz zu den paranoischen Ideen als wahnhafte Einbildungen. Ihr Auftreten setzt er in Beziehung zu einem allgemein degenerativen Wesenszug: der Labilität der Vorstellungen und deren damit verbundenen, erleichterten Dissoziierbarkeit und hebt hervor, daß in den wahnhaften Einbildungen auch spezielle psychopathische Eigentümlichkeiten der erkrankten Persönlichkeit zum Ausdruck kommen.

Von nahestehenden Krankheitsformen führt er zunächst die Phantasielügen der pathologischen Schwindler an mit ihrem autosuggestiv gewonnenen und schwankenden Realitätswert und weist dann auf die engen Beziehungen zu allgemeinen und speziellen Eigentümlichkeiten der Hysterie hin, wobei er besonders die weitgehenden Übereinstimmungen mit hysterischen Bewußtseinsstörungen betont. Zu ihnen bestehen alle Arten Übergänge, und manche Fälle degenerativer Wahnbildung kann man sogar mit einem gewissen Rechte als protrahierte Dämmerzustände ansehen. Entsprechend der Bestimmbarkeit des Krankheitsbildes durch psychische Faktoren besteht eine gewisse Beziehung zur Simulation, und all die übertriebenen und gemachten

Äußerungen, die zunächst vielleicht mehr oder weniger beabsichtigt waren, sind infolge der eigenartigen psychopathischen Veranlagung dieser Individuen auf autosuggestivem Wege zu echten Krankheitssymptomen geworden.

Zum Schluß weist Vortr. noch darauf hin, daß manche dieser Fälle früher als originäre Paranoia gegolten haben.

Diskussion. — *Bleuler*-Zürich: Alle die geschilderten Symptome kommen u. a. bei Dementia praecox vor. Es wäre sehr wichtig, etwas über die Differentialdiagnose dieser Zustände gegen die Dementia praecox zu vernehmen.

*Birnbaum* (Schlußwort) erwidert, daß er nur die Beziehungen zu nahestehenden Krankheitsformen berücksichtigt, von der Differentialdiagnose dagegen überhaupt abgesehen hat. Differentialdiagnostisch sind gegenüber der Dementia praecox vor allem die initialen Bewußtseinsstörungen anzuführen, sodann die weitgehende Beeinflußbarkeit des Krankheitsbildes in all seinen Einzelheiten durch äußere Faktoren und schließlich das Ausbleiben jedes wie auch immer gearteten Defektzustandes.

*M. Reichardt*-Würzburg: Über die Hirnmaterie.

Der Vortrag ist gedacht als Einleitung zu einer Reihe Untersuchungen, welche sich mit der Frage beschäftigen: Was geht in einem kranken Gehirne vor sich, wenn klinisch bestimmte Erscheinungen auftreten? Und zwar sind es in erster Linie eine Anzahl, mehr auf körperlichem Gebiete liegender Symptome, bei welchen die Beantwortung der obigen Frage in Angriff genommen werden kann: die anfallsartigen Störungen, der Stupor, die Stauungspapille bei Katatonie (auch ein Teil der Fälle von „Pseudotumor cerebri" gehört in das Gebiet der Katatonie), die endogenen Körpergewichts- und Körpertemperaturschwankungen, der Tod. Namentlich der zeitliche Ablauf solcher Symptome, z. B. der anfallsartigen Störungen, ist zu berücksichtigen. Die zugrundeliegenden Hirnveränderungen müssen solche sein, daß sie ganz akut entstehen und ebenso verschwinden können, und zwar spurlos, restlos! Diese Hirnveränderungen müssen demnach reversibel sein. Die pathologische Anatomie hat bei der Beantwortung solcher Fragen völlig versagt. Es heißt also, das Gehirn nach neuen Methoden und unter anderen Gesichtspunkten zu untersuchen. Solche Gesichtspunkte sind z. B. diejenigen, welche uns die physikalische Chemie des lebenden Gewebes an die Hand gibt. Unter „Hirnmaterie" wird denn auch die Hirnsubstanz, in rein physikalischem Sinne betrachtet, verstanden. Das Gehirn besteht aus kolloidalem Materiale. Wenn auch die Physik der Kolloide selbst noch in den Anfängen ist, so gelang es doch dem Vortr., mittels der Untersuchung des Hirnes mit Hilfe der

Wage, bestimmte physikalische Zustandsänderungen des Gehirnes nachzuweisen, welche die oben erwähnten klinischen Symptome wenigstens teilweise einem Verständnis näherbringen und zugleich auch vielleicht den ersten Anfang eines Einblickes gestatten in das dynamische Geschehen in der kranken Hirnmaterie. So gibt es akute (bis 200 g Schwankungen im Hirngewicht!) und chronische Volumens- und Gewichtsänderungen des Hirnes, welche als direkte Lebenserscheinungen der kranken Hirnmaterie aufgefaßt werden müssen. Möglicherweise spielt der Ein- und Austritt des Wassers — des hauptsächlichsten und wichtigsten Bestandteiles der kolloidalen Materie — hierbei die Hauptrolle (nach Analogie der Vorgänge im Pflanzenprotoplasma während der Reizbewegungen). — Bei Stuporzuständen kann es zu Gerinnungsvorgängen in der Hirnmaterie kommen.

*Näcke*-Hubertusburg: Die Vergleichung der Hirnoberfläche dementiell Paralytischer mit der von Normalen.

Wenn einige Autoren behaupten, Hirngewicht, Schädelhöhle, Reichtum und Anordnung der Windungen seien irrelevant, so ist dies sicher nicht richtig. Sie haben eine gewisse Bedeutung. In dem Gewirre der Hirnoberfläche findet man nun Abweichungen, die selten sind. Ob man sie aber als Degenerationszeichen anzusprechen hat, kann nur eine spätere Zeit lehren. Vorläufig ist es besser, sie nur als „seltenere" Varietäten zu bezeichnen, zumal man meist nicht weiß, ob es regressive oder progressive Bildungen sind. *N.* hat 30 Paralytikergehirne von Männern untersucht (außerdem noch von 26 der Leipziger Klinik) und 15 von Normalen (inkl. 1 Frau) und zwar genauer nur an der Vorder- und Innenseite. Notiert wurden gewisse Furchenanomalien, vermehrte Vertikalwindungen an der Außenfläche, Mikrogyrie, Affenspalten, Taschen-, Trichter- und Deckelbildungen usw. Es zeigte sich nun zwar, daß zunächst die Normalen in den meisten Dingen von den anderen nicht abweichen. Bei näherem Zusehen jedoch erschienen einige Anomalien häufiger bei den Paralytischen, und, was noch wichtiger ist, andere (zum Teil freiliegende Insel, puerile Windungen, Warzenbildung auf den gyris etc.) allein bei den Paralytischen, ferner ebenso doppelte oder mehrfache Taschen-Deckelbildungen an beiden Hirnhälften. Es gab also hier sicher einen Unterschied zu ungunsten der Paralytischen. Das Gehirn der Paralytischen scheint demnach im ganzen ein minderwertiges zu sein. Bekräftigt wird dies durch die Untersuchungen des Vortr. bzw. der äußeren und inneren Degenerationszeichen bei Paralytischen, ferner durch die immer mehr anerkannt große erbliche Belastung, die individuelle, abnorme Veranlagung vieler Paralytischen, die oft abnorme Deszendenz, durch die Untersuchungen endlich des R. M.s Tabischer, die sich als ab ovo abnorm erwiesen. Mit *Obersteiner* muß man daher sagen: Paralyticus nascitur

atque fit, d. h. ohne invalides Gehirn (selten ein so erworbenes!) kann Syphilis (resp. eine andere Noxe) wahrscheinlich keine Paralyse erzeugen.

*Hoppe*-Uchtspringe: Die Bedeutung der Stoffwechseluntersuchungen für die Behandlung der Epileptiker.

Alle Theorien, welche die Ursache der epileptischen Anfälle in einem bestimmten Stoffwechselgift (Cholin, Aceton, Harnsäure usw.) vermuten, haben sich bisher als trügerisch erwiesen. Ebenso wie — nach *Binswanger* — die Ursachen der Epilepsie sehr verschiedene sein können, ebenso mannigfaltig sind die Ursachen der einzelnen epileptischen Anfälle, ebenso verschieden die Gifte, welche bei einem epileptisch veränderten Nervensystem den Anlaß zu Krampfanfällen geben können. Der Organismus schützt sich gegen die ständig im Darm sich bildenden giftigen Stoffe durch mehrere Drüsen, welche — wie *Combe* ausführt — gewissermaßen vier Verteidigungslinien bilden: 1. Die Darmepithelien (und die Verdauungssäfte), 2. die Leber, 3. die sogenannten antitoxischen Drüsen (z. B. Schilddrüse, Nebennieren), 4. die Ausscheidungsorgane (Nieren, Haut usw.). Sind an einer dieser verschiedenen Stellen Schäden vorhanden, so können Gifte zur Resorption und Wirkung gelangen, welche bei einem Epileptiker zu Anfällen Anlaß geben können. Mit den Methoden der inneren Medizin und Physiologie ist nachzuforschen, an welcher dieser Stellen Mängel und Schäden bestehen, welche Organe minderwertig sind. Auf Grund derartiger systematischer Untersuchungen wird man oft imstande sein, die Ursachen der einzelnen epileptischen Anfälle zu ergründen und dem Epileptiker zu helfen.

Das Hauptverdienst von *Toulouse-Richet* besteht darin, die Nervenärzte nachdrücklich auf die Bedeutung einer streng regelmäßigen Ernährung, besonders einer geregelten Salzzufuhr, hingewiesen zu haben. Für die Wirkung unserer arzneilichen Salze ist der Na Cl-Gehalt der Nahrung von größter Bedeutung. Ist die Salzzufuhr genau geregelt, wird auch die Wirkung der arzneilichen Salze eine regelmäßige und zuverlässige sein.

Durch interkurrente fieberhafte Erkrankungen kommen bei Geisteskranken und Epileptikern oft Verschlimmerungen, oft aber auch erhebliche Besserungen zustande. Durch genaue Stoffwechseluntersuchungen wird man die Einwirkung dieser Krankheiten auf den Gesamtorganismus und damit vielleicht auch die Ursachen der Besserung bzw. Verschlechterung feststellen können. Eür die Bromwirkung ist die durch das Fieber veränderte Salzausscheidung (z. B. bei der Pneumonie) von außerordentlicher Bedeutung.

Auf den Zusammenhang zwischen Ca-Gehalt der Organe und den spasmophilen Zuständen des Kindesalters hat in letzter Zeit besonders

*Stoeltzner* hingewiesen. Die Uchtspringer Untersuchungen bestätigen die Bedeutung des Ca-Stoffwechsels im Organismus für das Entstehen der Kinderkrämpfe, jedoch erscheint die Deutung der Befunde im *Stoeltzner*schen Sinne noch nicht einwandfrei.

*Kapff*-Fürstenwalde: Welches Interesse hat die praktische Psychiatrie an der Spezialbehandlung Alkoholkranker?

Der historische Werdegang der Psychiatrie repräsentiert ein allmähliches Entwickeln aus der Finsternis zum Licht. Galt es doch für sie, die schweren Ketten mittelalterlich exorzistischer und kirchlich-moralisierender Anschauungen abzustreifen und wissenschaftlicher Erkenntnis im Verein mit wahrer natürlicher Humanität zum Sieg zu verhelfen.

Derselbe Entwicklungsprozeß in abgeschwächter Form scheint der Erkenntnis und Behandlung Alkoholkranker vorbehalten zu sein. Wenn im Anfang des 19. Jahrhunderts *Heinroth* die Geistesstörungen als Produkte der Sünde auffaßte und die Losung ausgab, die Seele macht sich selbst krank, wenn damals eine mystisch-frömmelnde Richtung den Abfall von Gott als Ursache der psychischen Krankheiten ansprach, oder wenn *Ideler* vom rein ethischen Standpunkte die Geistesstörungen als krankhaft gewucherte Leidenschaften ausgab, so finden wir in der Auffassung der Trunksucht heute ganz analoge Anschauungen. Mag auch ein großer Teil der Leiter der Trinkerheilstätten, als Vertreter der Kirche, aus praktischen Gründen oder innerer Überzeugung einen Kompromiß mit der modernen Wissenschaft für richtig befunden haben, so bleibt doch zunächst noch als Fundamentalsatz die Tatsache bestehen: das Volk und viele, die zu seiner Aufklärung berufen sind, betrachten heute noch die Trunksucht in erster Linie als Laster und Leidenschaft, den Trinker als durch eigene Schuld verkommenen Menschen und haben nur Selbstschutz- und Rachegedanken, wo der Gedanke an Rettung und Heilung zumal bei den guten Resultaten der Anstaltsbehandlung der erste und wichtigste sein sollte. Diese einseitige moralisierende Auffassung der Trunksucht, eines klinisch definierbaren Begriffes und Produktes vielseitiger exogener und endogener Ursachen, hemmt durch den Widerspruch mit den Tatsachen, durch die psychologische und erkenntnistheoretische Rückständigkeit sowie durch den Mangel geistig und therapeutisch befreienden Aufschwungs jeden weiteren Fortschritt. Demgegenüber hat die praktische Psychiatrie ein erhebliches Interesse daran, den Charakter der geistigen Erkrankung des Trunksüchtigen auf Grund der Erkenntnis der alkoholischen Gehirnvergiftung in Vordergrund zu stellen. Die Bazillentheorie der Tuberkulose mit ihren therapeutischen Riesenaufwendungen im Gefolge hat zurzeit eine Art Massensuggestion gezüchtet und den Blick und die Be-

wegungsfreiheit der Behörden eingeengt und gelähmt. Diese mit dem Erfolge allein nicht in Einklang zu bringende Heilstättenbewegung ist zwar einer wichtigen Volkskrankheit zugute gekommen; allein es dürfte der Nachweis nicht schwer fallen, daß die Fürsorge für die Trunksüchtigen und die Bekämpfung des Alkoholismus im großen Stile von erheblich größerer Bedeutung für das Volkswohl ist, zumal oft für die Tuberkulose der Boden durch den Alkoholismus erst vorbereitet wird. 216 größeren Anstalten und 47 Walderholungsstätten, 117 Auskunfteien zur Bekämpfung der Tuberkulose stehen 40 meist kleinere Trinkerheilstätten zur Behandlung Alkoholkranker und allererste Anfänge in der Errichtung von Auskunfteien gegenüber. Alle Trinkerheilstätten sind in privaten Händen und stehen meist unter pastoraler Leitung. Wohl sind draußen und in den Anstalten bisher gute Erfolge erzielt worden; allein, was uns nottut, und was allmählich das Volk vermissen muß, ist die großzügige befreiende Tat, die letzte praktische Konsequenz aus der wissenschaftlichen Erforschung des Alkoholismus, die zielbewußte allgemeine Fürsorge für den Trunksüchtigen. Der Staat hat eine große Kulturaufgabe noch zu erfüllen.

Wenn der deutsche Verein für Armenpflege und Wohltätigkeit neuerdings sich dahin geeinigt hat, daß, soweit die Trunksucht sich im Einzelfalle als Krankheit darstelle und zugleich Hilfsbedürftigkeit vorliege, es grundsätzlich Pflicht der Armenverbände — gegebenenfalls der Landarmenverbände — sei, für genügende Heilbehandlung der Kranken zu sorgen, so darf man wohl bald vom Staate die entsprechenden Maßnahmen erwarten. Die Entmündigung wegen Trunksucht hat zwar seinerzeit die Erwartungen gespannt und das staatliche Interesse an der Alkoholfrage erkennen lassen, allein sie hat der Heilbehandlung Alkoholkranker wenig genützt, wurde überhaupt recht wenig in Anspruch genommen. Im Jahre 1902 wurden in Preußen 576 Personen wegen Trunksucht entmündigt, 1905: 584, 1906: 636, während *Waldschmidt* für das Jahr 1899 21 361 Personen wegen Alkoholismus in preußischen Irren- und Krankenhäusern ausrechnete. Auch der § 681 der Zivilprozeßordnung, wonach die Beschlußfassung ausgesetzt werden kann, wenn Aussicht besteht, daß der zu Entmündigende sich bessern werde, hat bei der Energielosigkeit, Indolenz und Apathie der Alkoholiker wenig praktische Resultate gezeitigt. Es gilt aus ethisch-kulturellen, juristischen, volkswirtschaftlichen und rassenhygienischen Gründen, aus Rücksicht für die Gesellschaft wie für den Trunksüchtigen selbst, einen großzügigen Plan zur Bekämpfung des Alkoholismus, speziell der Behandlung Alkoholkranker in Spezialanstalten aufzustellen. „Die geradezu klägliche Hilflosigkeit unserer derzeitigen Mittel zur Behandlung der Alkoholkranken tritt ungemein deutlich zutage" sagt *Kraepelin*. Bevor wir aber nach der Morgendämmerung eines Trinkerzwang- oder Fürsorgegesetzes ausschauen, gilt

es alle Zweifel zu bannen, daß die Spezialbehandlung Alkoholkranker in besonderen Anstalten tatsächlich das Richtige und Bedürfnis ist und erst die Voraussetzung und Grundlage zur Durchführung eines Gesetzes bildet.

Es ist für mich nicht zweifelhaft, daß die Unterbringung der geisteskranken Alkoholiker in den Irrenanstalten die spezifisch-therapeutische Hauptaufgabe unberührt läßt und nicht zu lösen vermag. Dank der Eigenart der psychischen Physiognomie des Alkoholismus, der raschen Erholung des Kranken auf intellektuellem Gebiet, fühlt der Alkoholist sich unter Geisteskranken in Irrenanstalten bald als Fremdkörper, „unter Larven die einzig fühlende Brust", wodurch seinem zur Reizbarkeit, Intriguen und Unzufriedenheit neigenden Wesen täglich neue Nahrung zugeführt wird. Er verlangt, augenscheinlich durch die Verhältnisse des Milieu in seinem Recht unterstützt, alsbald seine Entlassung. Er bildet für sich selbst und andere eine Quelle des Ärgers und erschwert häufig die Behandlung der eigentlichen Kranksinnigen. Auch nährt er draußen nach der Entlassung im Publikum den Aberglauben ungerechter Einsperrung Geistesgesunder in der Irrenanstalt. Auch hat es der Psychiater nicht immer leicht, dem Juristen plausibel zu machen, daß die vorwiegende Erkrankung der Willens- und der Affektseite, sowie die angeborene oder erworbene Intoleranz des Alkoholikers bei gut erhaltener Logik und Verstandestätigkeit, aber in Kongruenz mit einem idiosynkrasisch wirkenden Gift — dem Alkohol — die Erscheinungen einer echten Geistesstörung sofort nach der Entlassung momentan wieder erzeugen kann. So ist die Anstalt froh, wenn sie ihre Alkoholiker möglichst bald scheiden sieht. Sie fühlt selbst das Manko zwischen Charakter der Irrenanstalt und Eigenart der alkoholischen psychischen Erkrankung. Aber dies ist nicht die Hauptsache. Selbst in völlig abstinent gehaltenen Irrenanstalten kann der Plan einer zielbewußten Behandlung der Alkoholiker nicht durchgeführt werden. Die Größe der Anstalt, die dienstliche Ablenkung und Zerstreuung des Personals und der Ärzte durch andere Kategorien von Kranken steht einer eindringlichen, unentwegt und konsequent wirkenden Heilsuggestion entgegen. Der spezifischen Sonderart der therapeutischen Anforderung, die viel Zeit und persönliche Widmung neben innerer Überzeugung zur Abstinenz erfordert, kann in der Regel nicht genügend Berücksichtigung zuteil werden. Die Irrenanstalt faßt auch ihre Aufgabe gar nicht so auf, als ob sie weiter zu wirken hätte, als bloß die alkoholische Psychose abzuheilen, und kann sie unter den gegebenen Verhältnissen auch gar nicht anders auffassen. Sie kämpft außerdem fast immer mit Platzmangel und hat im Allgemeinen kein Interesse und Zeit übrig — selbst in abstinenten Anstalten — für eingehende therapeutische Berücksichtigung der Alkoholfrage. Die eigentliche Behandlung des Alkoholikers, die nicht bloß in passiver Entziehungskur besteht, sondern eine aktive erobernde Tendenz zeigen muß, beginnt aber gerade dann,

wenn der Anstaltsleiter den Juristen fürchten zu müssen glaubt wegen der Anklage der Freiheitsberaubung, oder wenn er aus anderen Gründen an Abschiebung denkt. Gerade jetzt gilt es aber, den krankhaften Autosuggestionen des Alkoholkranken persönlich näherzutreten, durch methodische Bearbeitung ein Stück nach dem andern psychisch zu erobern, den innersten Kern des Individuums anzupacken und die langwierige und schwierige psychische Erziehung zu völliger Enthaltsamkeit einzuleiten oder fortzusetzen, wenn ein Dauererfolg resultieren soll. Der therapeutische Gedanke steht in den Spezialanstalten stündlich und täglich im Vordergrund im Gegensatz zur Irrenanstalt. Die Spezialanstalten arbeiten auch bewußt mit den Suggestionen, die ihre Sonderstellung mit sich bringt. Es durchdringt, von der Persönlichkeit des Arztes ausgehend, ein geistiger Funke die ganze Kette der Behandelten; der Ton, der vom Arzt angestimmt wird, schwingt in der ganzen Kette wieder. Einer wirkt auf den andern, die gegenseitigen Schicksale helfen erziehen, ebenso die Rückfälle, die ganz andere Beachtung finden wie in den Irrenanstalten, wo die Alkoholkranken isolierten Inseln gleichen. Der Verkehrston zwischen Arzt und Patient ist familiär gestimmt. Der Arzt verlangt ethische Leistungen von seiner Klientel. Die geschlossene Einheitlichkeit des Heilzweckes fördert und fesselt persönlich das einzelne Individuum.

Zudem ist eine genaue Kontrolle und Beaufsichtigung hinsichtlich völliger Enthaltsamkeit nur in Spezialanstalten durchführbar. Ich möchte auch nicht der Angliederung einer Alkoholikerabteilung an eine Irrenanstalt das Wort reden, da sonst die Gefahr vorliegt, daß diese zu einer Art Dependance degradiert wird und durch den überwiegenden Komplex der übrigen Aufgaben in Schatten gestellt wird. Die Alkoholfrage verträgt eine untergeordnete Rolle nicht, besonders nicht im Hinblick auf ihre zukünftige Entwicklung, sie verlangt neben der vollen Hingebung aller, in ihrem Dienste arbeitenden Kräfte und zielbewußter einheitlicher Leitung auch nach außen eine sichtbare Betonung und Hervorhebung ihrer Bedeutung. Zudem habe ich erfahren, daß die Spezialanstalt, der ja gewiß vorläufig noch ein unangenehmer Beigeschmack, ein Odium, anhaftet, hinsichtlich der nach der Entlassung angestrebten bürgerlichen Stellung, hinsichtlich des Ansehens und des guten Rufes des Entlassenen höher eingeschätzt wird als die Irrenanstalt, daß die in die geschlossene Alkoholikeranstalt aus Irrenanstalten versetzten Kranken den freieren Luftzug der Behandlung angenehm empfinden. Und ich hoffe, daß im Laufe der Jahre die Volksmeinung noch weiterhin darin Fortschritte machen wird und die zähe Abneigung gegen die Anstaltsbehandlung unter dem Druck der Tatsachen rascher überwinden wird, als sie es den Geisteskranken gegenüber vermochte. Wenn die Irrenanstalten nicht die richtigen Stätten sind zur eigentlichen Behandlung der Alkoholkranken, so erfüllen aber auch die jetzt bestehenden

Trinkerheilstätten nicht ganz ihre zukünftige Aufgabe.

Ist der Trunksüchtige als ein in allmählichem Übergang geistig krank oder geisteskrank Gewordener zu betrachten, ist die Trunksucht eine chronische Gehirnvergiftung oder eine folgenschwere psychische Idiosynkrasie, beides mit schweren psychischen Ausfall- und Reizerscheinungen, mit der fortwährenden Gefahr der Selbstschädigung und Gemeingefährlichkeit, des Übergangs der schwankenden getrübten Bewußtseinszustände in echte Geistesstörung, so muß entsprechend diesem Mangel an Selbstbestimmung und dem explosiven gefährlichen Charakter der psychischen Erkrankung gleich einem Hilfsbedürftigen und einem gemeingefährlichen Geisteskranken in Spezialanstalten für den Trunksüchtigen gesorgt werden können.

Dieses Desiderat hat aber, soweit die Heilstättenbehandlnng das ihrige dazu tun konnte, bis jetzt nur die, dem Bezirksverein gegen Mißbrauch geistiger Getränke Berlin gehörige Heilanstalt für Alkoholkranke Waldfrieden bei Fürstenwalde durchgeführt. Es ist das Verdienst von *Sander*, *v. Strauß* und *Torney*, *Waldschmidt*, den Torso der Alkoholikerbehandlung zu einem brauchbaren und für die Zukunft bedeutungsvollen Ganzen ausgebaut zu haben. Es wäre diese Anleihe an die Zukunft nicht möglich gewesen, wenn nicht der Herr Landesdirektor der Provinz Brandenburg in großzügiger Weise den Gedanken aufgegriffen und zur praktischen Durchführung verholfen hätte. Vor allem galt es, das Ganze unter psychiatrische Leitung zu stellen und geschlossene Häuser zu errichten, um die auf kreisärztliches Attest zwangsweise eingelieferten Kranken richtig unterzubringen und damit dem alten Schlendrian der freien Willensbestimmung des Alkoholikers in einschlägigen Fällen ein gebührliches Ende zu bereiten. Die Struktur und der innere Betrieb lehnt sich an das Vorbild der Irrenanstalt an, aber auch von der Nervenheilstätte, die man schon Eilande des Friedens, weltliche Klöster genannt hat, in denen die innere Aufrichtung des des seelischen Gleichgewichts verlustig gegangenen Menschen durch Ruhe, Naturidyll, Arbeit und Darbietung höheren Lebensinhalts erstrebt wird, hat sie Einzelheiten zu entlehnen. Strengste Durchführung der Hausordnung, eiserne Prinzipien im allgemeinen neben weitgehender Liberalität und Humanität im einzelnen Falle halte ich für Grundbedingung des harmonischen Zusammenarbeitens und guten Erfolges. Da es sich aus didaktischen und praktisch-therapeutischen Gründen um eine Erziehung der Kranken zur vollen und ganzen Abstinenz handelt und ein schwächliches Kompromiß auf diesem Gebiet alle Erfolge sofort in Frage stellte, ist von oben bis unten jeder Beamte und Angestellte zur strengsten Einhaltung dieses Gelübdes verpflichtet. Man hat dem Kranken seine Lebensweise vorzuleben. Es ist klar, daß eine moderne Anstalt für Alkoholkranke allen Anforderungen der Be-

handlung gerecht werden muß, die auf diesm Sondergebiete an sie herantreten können. Demgemäß ist die innere Ausstattung nach der Abstufung von der schwersten bis zur ganz offenen Abteilung einzurichten. Seit 3 Jahren funktioniert nun dieser Apparat in Waldfrieden, nachdem die 5 Jahre vorher mit dem offenen Sanatorium gemachten Erfahrungen die Unhaltbarkeit eines auf den guten Willen und der Einsichtslosigkeit von Alkoholikern aufgebauten Betriebes klar erkennen ließen. Unsere 180 Betten sind immer gut besetzt, hat doch die Landesdirektion der Provinz Brandenburg allein 110 Kranke in Waldfrieden. Jedenfalls hat die Vergangenheit gezeigt, daß, von anfangs bestehenden Schwierigkeiten abgesehen, die Behandlung von ausschließlich Alkoholkranken in offenen und geschlossenen Abteilungen praktisch durchzuführen ist, und daß der Erfolg den Erwartungen im allgemeinen entsprochen hat. Sie kann beweisen und wird es immer mehr tun, daß sie ein erfolgreiches und wichtiges Glied in der ganzen Behandlung der Alkoholfrage bildet; ohne diesen modernen Ausbau der Spezialanstalt für Alkoholkranke kann an eine praktische Durchführung eines Trinkerfürsorgegesetzes nicht gedacht werden. Entlastet sie die Irrenanstalten von ungeeignetem Krankenmaterial, fördert sie die praktische Psychiatrie, indem sie auf einem abgetrennten Sondergebiete volkstümliche und für die Allgemeinheit geistig leicht zu erfassende Heilbestrebungen auf psychiatrischer Grundlage vertritt, ist sie in erster Linie dazu angetan, als Symbol einer fortschrittlichen naturwissenschaftlich-psychiatrischen Auffassung der Trunksucht, einer exaktmethodischen Behandlung der Alkoholkranken gleichsam die Verkörperung dieses Gedankens dem Volke zu repräsentieren und damit plastisch und handgreiflich zur Aufklärung beizutragen, so darf sie ganz besonders einen warmen Appell an die Vertreter der praktischen Psychiatrie richten, kräftige Förderung und Unterstützung der siegreichen Idee der Heilbarkeit der Trunksucht durch ärztliche Hilfe zuteil werden zu lassen, sowie zu der Erhaltung unserer Volksgesundheit durch das Erstreben eines Trinkerfürsorgegesetzes und die Befürwortung von Heilanstalten der Trunksüchtigen und Alkoholkranken nach Kräften beizusteuern.

*H. Liepmann*-Berlin: Die agnostischen Störungen.

L. führt aus, daß die bisherige Lehre von den „asymbolischen" oder besser agnostischen Störungen zu einseitig die Dissoziation der Gegenstandsvorstellung in die Sinnesqualitäten in Betracht gezogen habe. Immer sollte bei der Seelenblindheit etwa die optische Komponente verloren oder von der taktilkinästhetischen resp. akustischen dissoziiert sein. Dem entsprach *Wernickes* Störung der primären und sekundären Identifikation. Nicht nur bedarf diese Lehre einer Ergänzung in dem schon von verschiedenen Seiten geforderten Sinne, daß eine Unzulänglichkeit der Synthese von Empfindungen bei erhaltenen Erinnerungsbildern

häufig vorkommt, sondern — sowohl was den Erinnerungsbesitz (die Gegenstandsbegriffe) wie was den Wahrnehmungsprozeß selbst anbelangt — ist in Rücksicht zu ziehen, daß es eine Dissoziation gibt, die nicht in der Richtung der Sinnesqualitäten geht, sondern in sich erhaltene Komplexe von Sinnesqualitäten von anderen in sich erhaltenen Komplexen abspaltet. Diese disjunktive oder ideatorische Spaltung hat *L.* früher bei den „Störungen des Handelns" besprochen und neben den ideatorischen Apraxien damals schon ideatorische Agnosien skizziert. *Kleist* hat den Begriff nach einer Seite schon näher entwickelt.

Diesen Begriff der ideatorischen oder disjunktiven Agnosien im Gegensatz zu den bekannten „dissolutorischen" legt *L.* nun ausführlicher dar, erläutert ihn an Beispielen und zeigt, wie er bei Paralytikern, Arteriosklerotikern, Senilen, ja gelegentlich selbst bei Geisteskranken und Deliranten, selbst Manischen eine erhebliche Rolle spielt, z. B. in der Verkennung der Situation. (Ausf. *Mendels* Ztrlbl. Nr. 13.)

Diskussion. — *Neisser*-Bunzlau glaubt, daß die Analyse des Vortr. sich als fruchtbar erweisen wird. Das gekennzeichnete Gebiet agnostischer Störungen kommt für die Beurteilung mannigfacher Symptome bei den Psychosen zweifellos sehr erheblich in Betracht. Besonders bei gewissen Fällen, welche zur Dementia praecox gehören, spielt die Unfähigkeit, die Einzel- und Teilwahrnehmungen in gewohnter Weise zu einem Situationsganzen zusammenzusetzen, eine große Rolle. *N.* führt eine Reihe von verschiedenen Typen und Modalitäten solcher Störungen an und weist nebenbei auch auf eine Eigentümlichkeit mancher hebephrener Sinnestäuschungen, namentlich des Gesichtssinnes, hin, welcher vielleicht eine innere Beziehung zu solchen Störungen zukommen dürfte, daß nämlich nur Teile von Gegenständen, Winkel, Linien u. dgl. halluzinatorisch auftauchen.

*Liepmann* (Schlußwort): Der Hinweis des Herrn *Neisser* auf hierhergehörige Beobachtungen in ungedruckten Vorlesungen *Kahlbaums* ist interessant. Das Vorkommen derartiger Abirrungen ist ja so verbreitet, daß gelegentlich jeder Psychiater auf sie aufmerksam werden müßte. Nur war man von der Aufgabe der Lokalisation so fasziniert, zugunsten der Dissoziation in Sinneskomponenten, daß man die prinzipielle Bedeutung der disjunktiven Störungen für die Gnosie vernachlässigte.

Übrigens sind nicht etwa alle Störungen der Synthese von Empfindungen disjunktiver Art, sondern auch diese Synthese unterliegt beiderlei Störungen: der dissolutorischen einerseits und der disjunktiven-ideatorischen andererseits.

*Beyer*-Roderbirken: Die Heilstättenbehandlung der Nervenkranken.

Während die Gründung von Nervenheilstätten, die doch schon seit vielen Jahren als notwendig anerkannt und angestrebt wird, bisher erst

vereinzelt gelungen ist, sind zahllose Genesungsheime, Rekonvaleszentenhäuser und ähnliche Anstalten entstanden, die also wohl den praktischen Bedürfnissen zu entsprechen scheinen und einen großen Teil der Nervenkranken aufnehmen. Offenbar sind die von ärztlicher Seite an die zu gründenden Nervenheilstätten gestellten Anforderungen zu weitgehend und vielfach extrem gewesen und haben dadurch die Kosten für Anlage und Betrieb viel zu hoch angesetzt. Das Beispiel von Haus Schönow, welches wegen seiner günstigen finanziellen Verhältnisse sehr niedrige Pflegesätze einzuhalten vermag, konnte daher noch keine Nachahmung finden.

Wenn man also neue Nervenheilstätten errichten will, die ihre sämtlichen Ausgaben einschließlich Verzinsung des Anlagekapitals aus den Einnahmen an Pflegegeldern bestreiten sollen, so muß man dafür vor allem eine weniger kostspielige Grundlage schaffen, und das erreicht man im wesentlichen durch Vergrößerung der Anlage und Vermehrung der Bettenzahl. Es fragt sich nur, ob es sachlich möglich ist, etwa entsprechend den Lungenheilstätten, auch für Nervenkranke größere Heilstätten einzurichten und erfolgreich zu betreiben.

Die zweijährigen Erfahrungen in der Rheinischen Volksheilstätte Roderbirken, welche 145 Betten für nur weibliche Kranke enthält, geben schon einigen Anhalt, wie die Heilstättenbehandlung der Nervenkranken organisiert und gehandhabt werden kann. Notwendig sind drei Voraussetzungen: in erster Linie die vollständige Trennung weiblicher und männlicher Kranker. Wenn in den leicht übersehbaren Verhältnissen eines kleinen Sanatoriums mit überwiegend gebildeten Kranken eine gemeinsame Verpflegung beider Geschlechter vielleicht durchführbar ist, so ist diese ganz unmöglich in einer Volksheilstätte mit großer Krankenzahl, mit Angehörigen der niederen Stände und mit großem und schwer zu beaufsichtigendem Anstaltsgebiet. Wenn wegen der finanziellen Vorteile beide Geschlechter aufgenommen werden sollen, so ist völlige räumliche Scheidung notwendig.

Ferner ist erforderlich eine Gliederung der baulichen Anlage, zur Schaffung kleiner Abteilungen, um die große Masse der Kranken zweckmäßig gruppieren zu können. Es handelt sich aber nicht etwa um Stationen, die nach besonderen Gesichtspunkten belegt werden, etwa wie in Irrenanstalten, sondern um rein mechanische Gliederungen.

Drittens ist ein Großbetrieb nur möglich bei der Vereinigung aller Kranker in einer einzigen Verpflegungsklasse, was auch aus ärztlichen Rücksichten zweckmäßig ist. Unterschiede irgendwelcher Art erschweren und verteuern den Betrieb außerordentlich.

Die Heilstättenbehandlung setzt sich zusammen aus dem ärztlichen Dienst und aus dem allgemeinen Regime. Für den ersteren ist es sehr wesentlich, daß alle Kranken möglichst gleichmäßig vom Arzte versorgt und behandelt werden und durch tägliche Visite und die Gelegenheit zu

persönlicher Aussprache mit ihm vertraut sind. Zeitraubende Behandlungsmethoden bei einzelnen sind zu vermeiden. Intensiver ärztlicher Dienst ist unentbehrlich, ist aber grade der Hauptvorzug gegenüber den Genesungsheimen.

Das allgemeine Regime umfaßt das ganze Leben und Treiben des Kranken in der Heilstätte und hat den ganzen Tageslauf einzuteilen und auszufüllen. Hier läßt sich vielfach ein „Gruppenbetrieb" organisieren, der die Anleitung und Beaufsichtigung erleichtert. Das wesentlichste Hilfsmittel ist die Beschäftigung der Kranken und Heranziehung zu Tätigkeit und nützlicher Arbeit. Eine eigentliche „Arbeitstherapie" im Sinne von *Moebius* ist das allerdings nicht, aber diese wäre auch (nach *M. Laehr*) nur bei einem Teile der Nervenkranken anwendbar, wäre übrigens auch für eine Volksheilstätte zu kostspielig. Wenn man aber auch die Arbeit nicht als „Heilmittel" verordnet, so kann man sie doch im Betrieb der Heilstätte in mannigfacher Weise und mit vielfachem Nutzen verwenden, auch zur Erleichterung der Disziplin und als wertvolles Mittel der Beobachtung.

Für die Abgrenzung des Krankenmaterials sind weniger klinische, als praktische Gesichtspunkte maßgebend. Aufsichts- und pflegebedürftige Kranke sind auszuschließen, andererseits können Erholungsbedürftige und Rekonvaleszenten sehr wohl aufgenommen werden, ohne daß ein Hinübergreifen in das Gebiet der innern Medizin zu besorgen wäre. Die Nervenheilstätten sind ein Grenzgebiet, das aber überwiegend der Psychiatrie zukommt und ihr auch schon deshalb erhalten bleiben soll, weil bei ihr sonst verhältnismäßig wenig Gelegenheit für therapeutische Betätigung vorhanden ist. Das dankbare und zukunftreiche Gebiet der Nervenheilstätten möge daher von den Psychiatern mit besonderem Eifer gefördert werden!

Diskussion. — *M. Laehr*-Haus Schönow: Bei der vorgerückten Zeit unterdrücke ich mancherlei Bemerkungen. Pro domo möchte ich hier nur der Auffassung entgegentreten, daß Haus Schönow im Golde schwimmt und seine scheinbar günstige Entwicklung hierauf begründet sei. Allerdings bildete die Stiftung größerer Kapitalien die Voraussetzung für die Gründung der Heilstätte, aber ihr Betrieb basierte von Anfang an auf den Einnahmen aus den Pflegegeldern. Neben dieser materiellen Grundlage ist es doch aber in erster Linie der ideellen Hilfe von den verschiedensten Seiten zu danken, deren sich die Heilstätte von Anfang an erfreuen durfte, wenn sie auf eine nunmehr bald neunjährige erfolgreiche Arbeit zurückblicken kann. Zahlreiche Stimmen des In- und Auslandes beweisen, daß Haus Schönow auch nach außen hin wertvolle Anregungen gegeben hat, und ich verstehe daher nicht, weshalb d. Vortr. in ihm ein Hindernis für die Heilstättenbewegung sieht.

*Benda*-Berlin: Auch ich bedaure mit dem Herrn Vortr., daß die Heilstättenbewegung ins Stocken geraten ist, und zwar ist dies um so

auffallender, als die beiden Musteranstalten Haus Schönow und die Rasemühle unbestritten hervorragende Erfolge aufzuweisen haben. Es existieren gegenwärtig nur etwa 12 Anstalten einschließlich des Unfallnervenkrankenhauses Stötteritz. Der langsame Fortschritt hat meines Erachtens verschiedene Ursachen! Da das Verständnis für die Bedeutung der funktionellen Nervenstörung bei den Laien noch fehlt, so versagt hier einerseits die Privatwohltätigkeit — abgesehen von vereinzelten Ausnahmen —, andererseits glauben die Behörden es nicht verantworten zu können, für eine Sache, die ihnen so wenig bedeutsam erscheint, so große Opfer zu bringen; und doch würden diese Opfer in Wirklichkeit nur geringe sein, da, wie ich hier nicht weiter auseinanderzusetzen brauche, eine Entlastung der Irren- und Armenpflege durch die Nervenheilstätten unbedingt zu erwarten steht. Um so freudiger ist es unter den obwaltenden Umständen zu begrüßen, daß die Stadt Berlin in absehbarer Zeit eine Nervenheilstätte eröffnen wird. Die Deputation für die städtische Irrenpflege hat bereits beschlossen, in Wuhlgarten, angegliedert an die Anstalt für Epileptische, eine Anstalt für Nervenkranke zu eröffnen.

*Cramer*-Göttingen führt aus, er wisse nicht, ob er Herrn *Beyer* recht verstanden habe. Auf jeden Fall wolle er feststellen, daß er nach nunmehr fünfjähriger und nicht wie der Vortr. nach kurzer Erfahrung immer mehr zu der Überzeugung komme, daß Gymnastik und eine ärztlich genau dosierte Beschäftigung neben allem anderen die Hauptheilfaktoren für unsere Nervenheilstätten seien. Ob die Trennung der Geschlechter nützlich oder schädlich sei, notwendig oder nicht notwendig sei, könne nur der beurteilen, der eine große Erfahrung habe. Das seien aber die in großer Zahl vorhandenen seit langen Jahrzehnten mit großem Erfolg arbeitenden Privatsanatorien. Hier werde gerade auf das Zusammensein der Patienten mit Recht der größte Wert gelegt. Gerade die Ablenkung, die wir erreichen wollen, wird dadurch erzielt und durch Arbeit und Beschäftigung. Nachdem das Heilpensum erledigt ist, erscheint die ärztlich überwachte Geselligkeit das beste Mittel, um das Krankheitsgefühl, das wir gerade bei den Nervösen bekämpfen wollen, auch für die freie Zeit zurückzudrängen. Auf der Rasemühle, die sich das Beispiel der Privatsanatorien zum Vorbild genommen habe, seien die Erfolge gerade hier ausgezeichnete. Es sei begreiflich, daß man regionär und nach dem Material die Bewegung mehr oder weniger überwachen müsse, erstes Prinzip sei aber auch darin, den Krankenhauscharakter nach Möglichkeit zu vermeiden.

*Cramer* könne gerade nach dieser Richtung die Erfahrungen der Privatsanatorien nach fünfjähriger Beobachtung nur bestätigen; es sei ihm auch unerfindlich, wie man nach so kurzer Prüfung Gesetze zur Abänderung von Tatsachen aufstellen wolle, die nach Erfahrungen, die über ein Menschenalter in den Privatsanatorien zurückgehen, sich ausgezeichnet bewährt haben. Die Nervosität der Patienten in den Privatsanatorien

sei doch dieselbe wie die in den Nervenheilstätten, selbst wenn man sie Volksnervenheilstätten nenne.

*Beyer* (Schlußwort): Es hat mir nichts ferner gelegen, als zu behaupten, daß Haus Schönow seine glänzenden Erfolge, die niemand mehr bewundert, als ich, lediglich seiner günstigen finanziellen Lage zu verdanken habe, und daß es ein Hindernis für die weitere Ausbreitung der Nervenheilstättensache gewesen sei. Ich habe nur im Zusammenhang mit der Kostenfrage darauf hingewiesen, daß Haus Schönow durch das Zusammentreffen außergewöhnlich glücklicher Umstände in der Lage ist, seine Pflegesätze niedrig zu halten, wie man das bei gleichen Leistungen anderwärts nicht nachmachen kann. Tatsächlich ist Haus Schönow trotz achtjährigen Bestehens noch ohne Nachfolge geblieben.

Herrn *Cramer* erwidere ich, daß ein wesentlicher Unterschied besteht zwischen „Arbeitstherapie" als einer ganz spezifischen Therapie für bestimmte Klassen von Nervenkranken, und zwischen der Verwendung der Arbeit bei der Behandlung von Nervenkranken. Nicht die erstere, sondern die letztere ist es, die in der Heilstättenbehandlung eines größeren Krankenbestandes verwendbar und unentbehrlich ist. An der grundsätzlichen Trennung der Geschlechter muß ich festhalten, wo es sich darum handelt, in einer größeren Heilstätte mit großem unübersichtlichen Areal ein überwiegend aus niederen Kreisen stammendes Krankenmaterial zu verpflegen.

*H. Vogt*-Frankfurt a. M.: Beiträge zum Studium der Entwicklungskrankheiten des Gehirns.

I. Selbstdifferenzierung und funktionelle Anpassung: Eine auf der phylogenetischen Organisation des Gehirns beruhende Einteilung verdanken wir *Edinger*: die in Palaeencephalon und Neencephalon. Sie ist die einzige, die nicht deskriptiv ist, sondern aus dem Studium des prinzipiellen Bauplans hervorgeht. Das Palaeencephalon verhält sich durch die ganze Tierreihe ziemlich gleichförmig, es wird als der Träger der allen Lebewesen vom Wirbeltiertypus eigenartigen einfachen, instinktiven Lebensfunktionen angesehen, während alle höheren Eigenschaften in den später erworbenen neencephalen Teilen (Hirnmantel) ihr Substrat finden. Unterschiede im Palaeencephalon finden sich nur (in der Tierreihe aufwärts) in geringem Maße, sie sind, soweit nicht im Zusammenhang mit veränderten instinktiven Funktionen stehend, morphologisch aufzufassen als der Ausdruck des Einflusses des neuerworbenen Neencephalons auf die palaeencephale Anlage. So konnte *Ariens-Kappers* die Verlagerung, welche die motorischen Oblongatakerne im Laufe der Phylogenese erfahren, zurückführen auf derartige mit der fortschreitenden Hirnentwicklung einhergehende Umgestaltungen. Der VII. Hirnnervenkern, der bei Fischen dorsal liegt, wandert phylogenetisch unter dem Einfluß der (neencephalen) Pyramidenbahn ventralwärts: hier liegt er teilweise bei Vögeln, ganz bei Säugern. Für diese Wanderung der Kerne

ist die Richtung der sie am meisten influenzierenden Bahnen Gesetz (*Ariens-Kappers*).

Ähnlichen Gesichtspunkten begegnen wir in der Verfolgung der Hirnteratologie. Schon *v. Monakow* hat die Scheidung in phylogenetisch alte und neue Hirnteile gemacht und die relative Selbständigkeit jener beim Aufbau des Gehirns und ihre Unabhängigkeit von den übergeordneten Hirnteilen betont. Jener Konstanz der Anlage und Ausbildung an den tieferen Hirnteilen, z. B. der Medulla oblongata, die bei schweren Agenesien des Großhirns intakt bleibt, stehen nur einige wenige in solchen Fällen zu beobachtende Veränderungen gegenüber, dahin gehört die Verlagerung des Fazialiskerns in dorsaler Richtung bei Hemicephalen und anderen großhirnlosen Mißgeburten.

Wir haben also (Demonstration einer Tafel) eine teratologische und eine phylogenetische Reihe vor uns, die beide gleichzeitig zeigen, daß bei Vorhandensein der neencephalen Pyramidenbahn eine Ventralwanderung des VII. Kernes stattfindet, die bei Mangel jener Bahn (auch ontogenetisch) ausbleibt.

Dieser Parallelismus ist ein Beispiel für viele. Er zeigt uns den Ausdruck eines Grundgesetzes in der Hirnentwicklung, das Verhältnis der Selbstdifferenzierung zur funktionellen Anpassung. Das Wesen der ersten zeigt sich darin, daß ein Teil der Hirnanlage sich unabhängig von anderen bis zu einem hohen Grade der Gestaltung entwickeln kann, unbeschadet des Fehlens oder Vorhandenseins anderer Anlageteile: Dies gilt für die Hauptsache der paläencephalen Anlage. Im weiteren Gange der Entwicklung greifen nun aber einzelne Teile sukzessive in die Anlage anderer ein, nur unter dem Einfluß jener ist die völlige Fertiggestaltung dieser denkbar: Das ist die abhängige Differenzierung oder funktionelle Anpassung. Für das Verhältnis der phylogenetisch alten und neuen Teile läßt sich also zeigen, daß bestimmte Entwicklungsvorgänge selbstdifferenzierender Natur sind; andere wiederum sind der Ausfluß jener Umgestaltungen, die durch die sukzessive erfolgende Überordnung der höheren Teile entstehen. Die Teratologie gibt uns den ontogenetischen Vorgang wieder, für den ähnliche Momente bestimmend wirken. So läßt sich zeigen, daß die Hirnentwicklung teils das Ineinandergreifen komplexer Faktoren darstellt, andererseits auch auf hohen Stufen die Wiederholung elementarer Bildungsvorgänge repräsentiert. Die Entwicklungskrankheiten des Gehirns sind im Verfolg dieser Gesetze unentbehrliche Objekte.

II. Demonstration von histologischen Präparaten der tuberösen Sklerose.

Es ist von *v. Ehrenwall*-Ahrweiler der Antrag eingegangen, in der nächsten Sitzung zu besprechen, ob Wärter, welche entmündigte Geisteskranke entführen, strafrechtlich verfolgt werden können.

Der Vorsitzende schließt die Versammlung mit Dank an alle Redner. *Paetz*-Alt-Scherbitz dankt dem Vorsitzenden *Moeli*.

*Finckh.* *Forster.* *Seelig.*

---

Vor der allgemeinen Jahresversammlung, am 23. April, hatte die Kommission für Idiotenforschung und Idiotenfürsorge in Potsdam eine Sitzung abgehalten, an der außer dem Vorsitzenden, Professor *Tuczek*-Marburg, die Mitglieder *Habermaas*, *Jenz*, *Kluge*, *Moeller*, *Vogt* und *Weygandt* teilnahmen.

Die Tagesordnung lautete:

I. Allgemeine Aussprache.
   a) Berichte der ständigen Referenten;
   b) Berichte über Kongresse;
   c) Vorschläge für Referate zur Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie;
   d) Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung jugendlichen Schwachsinns.

II. Bericht über die Ergebnisse der Bearbeitung gesammelter Zeitungsartikel betr. Schwachsinnigenfürsorge, Fürsorgeerziehung, Jugendfürsorge, Gesetzgebung für Jugendliche, jugendliche Verbrecher. (Referent *Vogt*.)

III. Besprechung betr. regelmäßige Erstattung von Literaturberichten an die Kommission. (Referent *Moeller*.)

IV. Besprechung über die Vertretung der Kommission auf demnächstigen Kongressen. (Referent *Vogt*.)

Punkt I der Tagesordnung nahm den weitesten Raum ein. Erneut legte sich die Kommission auf den Standpunkt fest, daß die für anstaltspflegebedürftige Schwachsinnige, Idioten und Epileptiker bestimmten Anstalten unter ärztliche Leitung gehörten, gleichgültig ob es sich um bildungsfähige oder nicht bildungsfähige Elemente handele. Alle leiden sie an Krankheiten des Zentralnervensystems, und diesem Gesichtspunkte haben sich alle andern Fragen, auch die der schulmäßigen Förderung und Erziehung, unterzuordnen. Es handelt sich hier auch keineswegs um abgelaufene, sondern um wechselnde und der Veränderung unterliegende Krankheitsformen. Die gegenteilige Behauptung bezeugt, welcher geringen und welcher oberflächlichen Beobachtungsfähigkeit die Behandlung der Imbezillen und Idioten noch an so vielen Orten überlassen ist. Wie unter den Kulturstaaten England und Frankreich in der wissenschaftlich begründeten Fürsorge der Geisteskranken vorangegangen sind, so sind sie auch längst in der Fürsorge für die defekten und abnormen Kinder und Jugendlichen den wissenschaftlich richtigen Weg gegangen. Deutschland ist hier weit zurück; die Bestrebungen, auch hier endlich den eines Kulturstaates würdigen Weg zu finden, werden von nichtärztlicher Seite noch mit allen nur möglichen Mitteln, zumeist insgeheim und auf Umwegen,

zu durchqueren gesucht. Dabei begnügt man sich auch nicht damit, die kindlichen und jugendlichen Fälle allein in der Behandlung zu behalten, sondern man hält auch ältere Schwachsinnige unter irgendeinem Vorwande in den „Erziehungsanstalten" zurück, wie man auch offenkundige Psychosen in diesen antrifft. Die ärztliche Versorgung dabei ist eine unzulängliche, in den allermeisten Fällen eine absolut ungenügende zu nennen. Auch die Stellung der an diesen Anstalten ständig arbeitenden Ärzte entspricht in der Regel nicht den Forderungen, die ihre Berufspflicht ihnen auferlegen muß, wie sie auch oftmals ein der Würde des ärztlichen Standes nicht angemessenes Abhängigkeitsverhältnis in sich schließt.

Die Errichtung neuer Idiotenanstalten mit einer den wissenschaftlichen Forschungsergebnissen entsprechenden Organisation wird vorläufig nur in geringem Umfange zu erwarten sein. Es wird inzwischen dahin gewirkt werden müssen, daß als Ersatz dafür an bestehenden oder neu zu erbauenden Irrenanstalten Abteilungen für kindliche und jugendliche Defekte und Abnorme gegründet werden, ähnlich wie in Uchtspringe. Diese Frage soll in der nächstjährigen Jahresversammlung als besonderes Referat (Professor *Alt*) zum Vortrag kommen.

Ist somit der Standpunkt des Psychiaters bezüglich der ausgesprochenen Schwachsinnsformen ein klar umschriebener, so ist er es auch bezüglich der Fälle des leichten Schwachsinns (Debilität) und leichter psychopathischer Konstitution. Die hierher gehörigen Kinder und Jugendlichen, welche als schwach beanlagt, schwach befähigt und beschränkt etwa der Domäne der Nebenklassen und Hilfsschulen zufallen, sollen, sofern bei ihnen Anstaltserziehung in Frage kommt, in pädagogisch geleitete Institute aufgenommen werden, denen eine ausreichende psychiatrische Mitwirkung zur Verfügung steht.

Resümierend sprach sich die Kommission ausdrücklich dahin aus:

„Es ist zu erstreben, daß die Leitung der Anstalten für bildungsfähige und bildungsunfähige jugendliche Schwachsinnige den Ärzten, die der Anstalten für schwachbefähigte Jugendliche (Stufe der Hilfsschüler) den Pädagogen zugewiesen werde. Soweit dies nicht zu erreichen ist, ist dahin zu wirken, daß den an den für jugendliche Schwachsinnige bestimmten Anstalten arbeitenden Ärzten die ihnen gebührende Stellung und der erforderliche Einfluß auf Behandlung und Pflege der Kranken gesichert werde."

Einen weiteren Verhandlungsgegenstand bildete die Frage der Errichtung von Jugendgerichten. Die Kommission schloß sich im wesentlichen den Ausführungen an, die vom Landgerichtsrat *Kulemann*-Bremen auf dem Berliner Kongreß für Kinderforschung in dessen Vortrage: „Die forensische Behandlung der Jugendlichen" gegeben waren; insbesondere stellte sie sich mit diesen auf den Standpunkt des

Leitsatzes VII des genannten Vortrages: „Die Verhängung der erzieherischen und strafrechtlichen Maßregeln bei Jugendlichen ist besonderen Behörden (Jugendgerichten) zu übertragen. Sie werden gebildet aus dem Vormundschaftsrichter als Vorsitzendem und einer Anzahl von Beisitzern. Unter diesen soll sich stets ein Arzt und ein Lehrer befinden".

Zu Ia wies *Vogt* besonders auf die Schwierigkeit der Erlangung von Detailberichten aus den charitativen Anstalten hin.

Zu Ib berichtete *Weygandt* über den internationalen Kongreß für Hygiene und Demographie in Berlin, bei welchem er über die Schwachsinnigenversorgung in Deutschland referiert hatte, und auf welchem Professor *Heubner*-Berlin speziell auf die Notwendigkeit einer erweiterten Fürsorge für die Schwachsinnigen und Idioten, soweit diese der öffentlichen Pflege und Behandlung anheimfallen, hingewiesen und eine diesbezügliche Resolution angeregt hatte.

*Kluge* erstattete Bericht über den internationalen Kongreß für Schulhygiene in London, auf welchem er einen Vortrag über „Die Zwangs- und Fürsorgeerziehung schwachsinniger und psychisch-abnormer Minderjähriger" gehalten hatte.

*Moeller* gab einen Überblick über die Verhandlungen der „Konferenz für das Idioten- und Hilfsschulwesen", die im September 1907 in Chemnitz tagte. Er hatte als Vertreter der Kommission daselbst Anlaß gehabt, den Standpunkt des Deutschen Vereins für Psychiatrie, die Leitung der für Idioten und Epileptiker bestimmten Anstalten betreffend, in dem von der Kommission dargelegtem Sinne zu präzisieren.

Bei dieser Gelegenheit sprach sich die Kommission dahin aus, daß es sich für Ärzte nicht empfehle, dem aus dieser Konferenz hervorgegangenen „Verein für Erziehung, Unterricht und Pflege Geisteskranker" als Mitglied beizutreten.

Zu Ic ist bereits erwähnt worden, daß Professor *Alt* in Uchtspringe sich bereit erklärt hat, ein Referat über die Frage der Behandlung erwachsener und jugendlicher Geisteskranker im Rahmen ein- und derselben Anstalt zu übernehmen.

I d. Die Zeitschrift „für die Erforschung und Behandlung jugendlichen Schwachsinns" wird sich in Zukunft in höherem Maße als bisher mit der Bearbeitung klinischer und pädagogischer Themata befassen.

Zu Punkt II der Tagesordnung referierte *Vogt* bezüglich der einschlägigen Erscheinungen in der Tagespresse. Er hob hervor, daß weniger psychiatrische Artikel zu finden wären, daß dagegen die Fragen des Hilfsschulwesens und der Errichtung von Jugendgerichtshöfen einen breiten Raum in der Berichterstattung gefunden hätten. Gerade hier sollte die Psychiatrie immer noch engere Beziehungen anzubahnen suchen.

Zu III schlug *Moeller* vor, die Kommissionsmitglieder möchten alle ihr von Belang erscheinenden literarischen Artikel einer Sammelstelle der Kommission namhaft machen, damit sie dort gesichtet und in

Umlauf gegeben werden könnten. Das Weitere hierüber wird einer schriftlichen Erledigung vorbehalten. Hingewiesen wird bei der Gelegenheit auf die Notwendigkeit, in der Presse über die aktuellen Fragen der Schwachsinnigenfürsorge aufklärend zu wirken.

Punkt IV. Es wird *Kluge* dem Kongreß für Kinderforschung, *Vogt*, *Weygandt* und *Moeller* dem Verbandstag der Hilfsschulen in Meiningen, *Weygandt* dem internationalen Kongreß für Irrenpflege in Wien und *Habermaas* dem Fürsorgeerziehungstage in Straßburg beiwohnen.

Nach Schluß der Tagesordnung besichtigte die Kommission die Potsdamer Anstalten für Epileptische, Schwachsinnige und minderwertige Fürsorgezöglinge, sowie auch eine Ausstellung der Arbeits- und Handfertigkeitserzeugnisse, um sich dann zu einem gemeinsamen Male in der Anstalt zu versammeln. Bei diesem und der vorangegangenen Besichtigung konnte sich die Kommission der Anwesenheit des Herrn Landesrat *Viereck* erfreuen, welcher den Teilnehmern im Namen des Landesdirektors der Provinz Brandenburg freundliche Worte der Begrüßung spendete.

*Kluge*-Potsdam.

# Kleinere Mitteilungen.

Die Heinrich-Laehr-Stiftung ist im letzten Rechnungsjahre so weit angewachsen, daß die Zinsen von jetzt ab zur Verwendung kommen können (vgl. S. 505). Das Vermögen bestand am 15. April d. J. aus

5000 M. 3% preuß. Konsols
73000 „ 3½% „ „
und 36071,78 „ Sparkasseneinlagen.

Vorschläge und Wünsche, die dem Zweck der Stiftung entsprechen (siehe diese Zeitschrift Bd. 63, S. 918), bittet der Vorstand dem Unterzeichneten mitzuteilen.

Dr. *Hans Laehr*

---

Zu dem diesjährigen Fortbildungkurs für Psychiater, der vom 8. bis 28. Oktober in Berlin stattfindet (vergl. diesen Bd., S. 165), sind bisher 41 Anmeldungen eingelaufen, d. h. 11 mehr, als angenommen werden dürfen. Es ist daher ein zweiter, dem Berliner an Lehrfächern und Stundenzahl genau entsprechender Kurs in München — dank den Bemühungen des Priv.-Doz. Dr. *Kerschensteiner* von der dortigen inneren Klinik — eingerichtet worden, der vom 2. bis 21. November d. J. abgehalten werden wird. Von den zum Berliner Kurs gemeldeten Kollegen haben sich nur 11 zum Münchener Kurs überschreiben lassen, da viele sich schon für den Oktober frei gemacht hatten und in ihrer Zeit gebunden waren. Ich bin daher in der Lage, weitere Anmeldungen für den Münchener Kurs anzunehmen.

Dr. *Hans Laehr.*

---

Der 18. Kongreß der Irren- und Nervenärzte Frankreichs und der Länder französischer Sprache wird vom 3. bis 9. August in Dijon unter Leitung des Dr. *Culerre*, des Direktors der Anstalt La Roche-sur-Yon, stattfinden. Vorgesehen sind drei Referate: Geistesstörungen infolge von Anomalien innerer Drüsensekretion (Ref. Dr. *Laignel-Lavastine*-Paris), Diagnostik und klinische Formen der Neuralgien (Dr. *Verger*-Bordeaux), Fürsorge für abnorme Kinder (Dr. *Charon*-Amiens); außerdem Vorträge und Besichtigungen. Nähere Auskunft gibt Dr. *Garnier*, Direktor der Irrenanstalt zu Dijon.

---

Für den 3. internationalen Kongreß für Irrenpflege, der vom 7. bis 11. Oktober d. J. in Wien stattfindet (vgl. diese Zeitschrift Bd. 64, S. 717) sind folgende Referate und Vorträge vorgesehen: 1. Zusammenfassender Bericht über den gegenwärtigen Stand des Irrenwesens in den verschiedenen Ländern. Ref. *Bresler*-Lublinitz. — *Buchholz*-Hamburg: Einiges aus der hamburgischen Irrenfürsorge; *J. Deventer*-Amsterdam: Pflege der gefährlichen und schädlichen Geisteskranken; *M. Lemos* und *J. Mattos*-Porto: L'assistance des aliénés en Portugal; *J. Moreira*-Rio de Janeiro: Sur le type le plus convenable d'assistance pour les aliénés des pays chauds; *Starlinger*-Mauer-Öhling: Streifzüge durch das Budget der n.-ö. Landesheil- und Pflegeanstalten; *Rixen*-Breslau: Fürsorge für geisteskranke Strafgefangene. 2. *Vos*-Amsterdam: Über Arbeitsentlohnung; *A. Pilcz*-Wien: Moderne psychiatrische Heilbestrebungen. 3. *Herting*-Galkhausen: Bauliche Fortentwicklung der Anstalten für Geisteskranke. 4. Irrenpflege und Verwaltung. Ref. Oberbaurat *Berger*-Wien. 5. Die Bedeutung der Irrenfürsorge für die Arbeiterversicherung und insbesondere die Invalidenversicherung der Arbeiter. Ref. Regierungsrat Dr. *Kögler*-Wien und Privatdozent Dr. *A. Fuchs*-Wien. 6. Irrengesetzgebung in den verschiedenen Ländern. Ref. *Mongeri* und *Alfonso*-Mailand. — Psychiatrische Sachverständigentätigkeit und Geschworenengericht. Ref. *Aschaffenburg*-Köln und *Stransky*-Wien. 7. Fürsorge für Idioten, Epileptiker und geistig Minderwertige. Ref. *Schiner*-Wien und *Weygandt*-Würzburg. 8. Bericht des internationalen Komitees über den Vorschlag des Dr. *Frank*-Zürich: „Gründung eines internationalen Institutes zum Studium und der Bekämpfung der Ursachen der Geisteskrankheiten. 9. Vorsorge bezüglich der Geisteskranken im Kriege. Ref. Stabsarzt Dr. *Drastich*-Wien. — Ausflüge und Anstaltsbesichtigungen sind geplant, und in der Universität wird die Büste *v. Krafft-Ebings* enthüllt werden.

Der 4. internationale Kongreß für Irrenpflege soll in Berlin, und zwar bereits im Jahre 1909 stattfinden (vgl. S. 508). Gegen diese Absicht hat *Bresler* in der Psych.-Neurol. Wochenschr. Nr. 11 den Umstand, daß 1909 der internationale medizinische Kongreß tagt (in Budapest), und die Nachteile angeführt, welche aus einer alljährlichen Wiederkehr internationaler Psychiaterkongresse unabweislich erwachsen. Es empfehle sich daher, den Plan eines internationalen Kongresses für Irrenpflege oder Psychiatrie (oder wie man ihn nun nennen mag) in Berlin für das Jahr 1909 ganz fallen zu lassen und, da eine zweijährliche Wiederholung dieses Kongresses in der Tat reichlich genügt, diesen Kongreß auf 1910 oder 1911 zu verschieben. Das Wiener Zentralkomitee für den diesjährigen Kongreß hat sich mit diesem Vorschlag einverstanden erklärt, und es ist wohl zu erwarten, daß auch der Kongreß zustimmen wird.

Die nächste Versammlung der Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen wird am 25. Oktober d. J. in Halle stattfinden. Vorträge sind bis 1. August bei Geh.-R. Prof. Dr. *Anton*, Halle a. S., Nervenklinik, anzumelden.

---

Eine Anstalt für schulpflichtige an Epilepsie leidende Kinder ist Anfang Mai d. J. in Braunschweig eröffnet worden. Dieselbe hat Wohn-, Schlaf-, Unterrichts- und Arbeitsräume, ist umgeben von Gartenland, ausgerüstet mit den Hilfsmitteln, welche das geistige und leibliche Wohl der leidenden Kinder erfordern. Sie ist für diejenigen Kinder bestimmt, welche durch ihre Anfälle den Unterricht in der Normalschule stören oder durch dieselben in ihren Fortschritten gehemmt werden, somit eines besonderen Unterrichts bedürfen. In erster Linie sollen Kinder aus der Stadt aufgenommen werden, jedoch können in beschränkter Zahl auch solche aus anderen Gemeinden Aufnahme finden.

Die Fürsorge erstreckt sich zunächst auf ärztliche Behandlung, dann auf einen der Normalschule nach Möglichkeit entsprechenden Unterricht. Dieser stellt sich die Aufgabe, die Zöglinge für das spätere Leben vorzubereiten, sowie ihre Erwerbsfähigkeit durch Unterweisnng in Handfertigkeit, Garten- und Landarbeit anzubahnen.

Arzt der Anstalt ist Geheimer Sanitätsrat Dr. *Berkhan*.

---

Erlaß der Minister des Innern und der Medizinalangelegenheiten in Preußen vom 14. April 1908, betreffend die Begutachtung von Personen, die nach § 81 StrPO. einer Irrenanstalt überwiesen sind:

Nach einer Mitteilung des Herrn Justizministers macht die Landesirrenanstalt in N. die Aufnahme der nach § 81 der Strafprozeßordnung zur Beobachtung ihres Geisteszustandes überwiesenen Personen davon abhängig, daß als Sachverständige zwei Ärzte der Anstalt ernannt und diesen so viel Vorbesuche bezahlt werden, als ihnen für die Abgabe eines bestimmten Gutachtens notwendig erscheinen.

Die Berechtigung dieser Forderung kann nicht anerkannt werden. Nach der Entwicklung, welche die öffentliche Fürsorge für das Irrenwesen in Preußen genommen, und die durch die Gesetzgebung ihren Abschluß gefunden hat (Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 20. Juni 1905, Bd. 47, S. 6), haben die Irrenanstalten der Provinzialverbände und der diesen gesetzlich gleichgestellten Verbände alle Verpflichtungen zu erfüllen, welche durch Gesetz den öffentlichen Irrenanstalten zugewiesen sind. Eine solche gesetzliche Anforderung an die öffentlichen Irrenanstalten ist aus der Vorschrift in Abs. 1 des § 81 der StrPO. zu entnehmen. Es kann daher nicht dem Ermessen der Provinzialverwaltungen überlassen

sein, die Aufnahme der auf Grund der angeführten reichsgesetzlichen Bestimmungen überwiesenen Beschuldigten von weiteren Bedingungen abhängig zu machen.

Insbesondere hat die Wahl der Sachverständigen gemäß § 73 StrPO. durch den Richter zu erfolgen. Die Bestimmung des § 73 steht als allgemeine Regel am Eingange der Vorschriften über den Beweis durch Sachverständige. Einschränkungen dieses freien richterlichen Bestimmungsrechts sind aus der StrPO. nur zu entnehmen, soweit die Antragsrechte der Prozeßbeteiligten oder eine ausdrückliche gesetzliche Bestimmung — wie die in § 87 für die Obduktion vorgeschriebene Zuziehung von zwei Ärzten — in Betracht kommen. Die Vorschrift des § 81 enthält eine solche Beschränkung des im § 73 vorangestellten Grundsatzes der freien Beweiswürdigung nicht.

Die Bestellung der Anstaltsärzte zu Gutachtern wird daher in Fällen dieser Art zwar als Regel anzusehen sein, wie ihnen auch die Bestimmung über die Zahl der zur Vorbereitung des Gutachtens erforderlichen Vorbesuche nach sachverständigem und pflichtmäßigem Ermessen überlassen bleiben soll. Zu Vorbedingungen der Aufnahme dürfen diese Fragen dagegen nicht gemacht werden.

Ew. Exzellenz stellen wir ergebenst anheim, die geeigneten Maßnahmen gegenüber den Landesirrenanstalten der Provinz in die Wege zu leiten.

---

Der Entwurf eines badischen Gesetzes, die Irrenfürsorge betreffend, ist am 19. Juni d. J. der badischen 2. Kammer zugegangen. Er beschränkt sich auf Festlegung der Voraussetzungen, unter denen Geisteskranke in Irrenanstalten untergebracht und dort auch gegen ihren Willen zurückgehalten werden können, und lautet folgendermaßen:

§ 1. Voraussetzungen der Unterbringung in Irrenanstalten. Ein Geisteskranker darf ohne oder gegen seinen Willen in einer Irrenanstalt untergebracht und darin zurückgehalten werden:

1. auf Antrag eines zur Antragstellung Berechtigten (§ 2), wenn
   a) die Geisteskrankheit und die Notwendigkeit der Anstaltsfürsorge durch das Zeugnis eines beamteten Arztes (§ 3) bestätigt und
   b) die Aufnahme durch das Bezirksamt (§ 4, Abs. 1) für statthaft erklärt ist,
2. auf Anordnung des Bezirksamts, wenn die Anstaltsfürsorge zur Sicherheit des Kranken selbst oder im öffentlichen Interesse geboten erscheint (§ 5) [1]).

---

[1]) „Die Bestimmung des § 1 bezieht sich auf alle Irrenanstalten, auch die Privatirrenanstalten, ebenso § 6 Abs. 1 (Dringlichkeitsverfahren). Dagegen ist die Unterbringung auf Anordnung des Bezirksamts (§ 5)

§ 2. Antragsberechtigte. Berechtigt zur Stellung des Antrags (§ 1, Ziffer 1) ist:

1. bei minderjährigen und entmündigten Kranken der gesetzliche Vertreter gemäß §§ 1631 und 1800 BGB. [1]);

2. bei volljährigen, nicht entmündigten Kranken die unterhaltungspflichtigen Familienangehörigen [2]);

3. beim Fehlen oder bei Verhinderung der in Ziffer 2 bezeichneten Antragsberechtigten die mit der Fürsorge für den Kranken befaßten Behörden, sonstigen öffentlichen Organe oder Verwandten;

4. bei Geisteskranken, die im armenrechtlichen Sinne hilfsbedürftig sind, der unterstützungspflichtige Armenverband;

5. bei Zwangszöglingen das die Zwangserziehung leitende Bezirksamt;

6. bei Straf- und Untersuchungsgefangenen sowie bei Insassen des polizeilichen Arbeitshauses die zuständige Behörde;

7. bei aktiven Militärpersonen die vorgesetzte Militärbehörde.

§ 3. Ärztliches Zeugnis. (1.) Das ärztliche Zeugnis (§ 1, Ziffer 1 a) muß von dem für den Aufenthaltsort des Kranken zuständigen Bezirksarzt auf Grund einer nicht länger als zwei Wochen zurückliegenden persönlichen Untersuchung des Geisteskranken ausgestellt sein und das Vorhandensein einer Geisteskrankheit sowie die Notwendigkeit der Anstaltsfürsorge bezeugen.

(2.) Das bezirksärztliche Zeugnis (Abs. 1) kann ersetzt werden durch das Zeugnis eines Arztes der öffentlichen Irrenanstalt, in welche die Aufnahme erfolgen soll, bei Straf- und Untersuchungsgefangenen durch das Zeugnis des Arztes der Strafanstalt und bei Militärpersonen durch das Zeugnis des Vorstandes des zuständigen Garnisonlazaretts [3]).

---

ebenso wie die Unterbringung zur Beobachtung (§ 7), wie seither, auf öffentliche Irrenanstalten beschränkt." (Siehe die Begründung im Besonderen, § 1.)

„Unter Geisteskranken im Sinne des Entwurfs sind überall auch die Geistesschwachen einbegriffen; für eine verschiedene Behandlung der Geistesschwachen und der Geisteskranken, wie sie auf dem Gebiet des bürgerlichen Rechts wohl begründet ist (vgl. BGB. § 114 u. 104), ist hier kein Anlaß gegeben." (Ebenda.)

[1]) „Ist der Vater oder der Vormund an der Antragstellung verhindert, so wird nach § 1909 BGB. zu diesem Zweck ein Pfleger zu bestellen sein, sofern nicht etwa der erforderliche Antrag nach Ziffer 4—7 gestellt wird." (Im Besonderen § 2.)

[2]) Und zwar sollen diese hierin „gleich berechtigt sein, und nicht etwa der in erster Reihe Verpflichtete die anderen ausschließen." (Im Besonderen § 2.)

[3]) Dem zuständigen Bezirksarzt sollen „die Ärzte an öffentlichen Irrenanstalten, bei Gefangenen die Strafanstaltsärzte und bei aktiven

(3.) Im Fall der Übernahme eines Kranken aus dem Reichsausland genügt das Zeugnis eines Arztes an einer ausländischen öffentlichen Irrenanstalt oder eines sonstigen beamteten Arztes.

§ 4. Statthafterklärung. (1.) Zuständig zur Statthafterklärung (§ 1 Ziffer 1 b) ist das Bezirksamt des Wohnsitzes der Kranken; in Ermangelung eines inländischen Wohnsitzes ist das Bezirksamt des Aufenthaltsortes des Kranken, beim Fehlen eines Wohnsitzes und Aufenthaltsortes im Großherzogtum das Bezirksamt des Anstaltsortes und im Falle der Übernahme eines Geisteskranken in das Großherzogtum das Bezirksamt zuständig, welches die Übernahme vermittelt.

(2.) Die Statthafterklärung gilt als polizeiliche Verfügung im Sinne des § 4 Abs. 1 Ziff. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes. Die Klage steht dem Kranken selbst zu, wenn er geschäftsfähig ist [1]), ferner seinem gesetzlichen Vertreter und, falls ein solcher nicht vorhanden ist, den unterhaltungspflichtigen Familienangehörigen [2]), sowie bei Geisteskranken, die im armenrechtlichen Sinne hilfsbedürftig sind, dem unterstützungspflichtigen Armenverband [3]).

---

Militärpersonen der Vorstand des zuständigen Garnisonlazaretts wegen der ihnen in gleicher Weise zukommenden amtlichen Eigenschaft gleichgestellt sein." „Die Mitwirkung des Bezirksarztes oder eines anderen beamteten Arztes wird aber für die Entschließung des Bezirksamtes über die Statthafterklärung eine ungleich sicherere Grundlage abgeben, als das Zeugnis eines dem Bezirksamt vielleicht gänzlich unbekannten nicht beamteten Arztes, das nicht selten doch eine nochmalige Untersuchung des Kranken durch den zuständigen Bezirksarzt erforderlich machen würde." (Im Besonderen § 3.)

[1]) „Auch bevor ein Geisteskranker entmündigt oder unter vorläufige Vormundschaft gestellt ist, kann er geschäftsunfähig sein, wenn er sich nämlich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist (§ 104 Z. 2 BGB.) Es ist daher in diesen Fällen die Geschäftsfähigkeit des Kranken durch das Gericht zunächst festzustellen (Gaupp-Stein, Zivilprozeßordnung Bemerk. III A 3 zu § 51), wozu Sachverständigengutachten zu erheben sind, nötigenfalls der Kläger von einem Mitglied des Gerichts einzuvernehmen oder das persönliche Erscheinen des Klägers an Gerichtsstelle anzuordnen sein wird." (Im Besonderen § 4.)

[2]) „Die unterhaltungspflichtigen Familienangehörigen sollen, wie hinsichtlich der Antragstellung, so auch hinsichtlich des Klagerechtes gleichberechtigt sein." (Ebenda.) Vgl. S. 549, Anmerk. 2.

[3]) Die Statthafterklärung allen Klageberechtigten zuzustellen, „ist wohl nicht erforderlich", sondern nur dem Antragsteller. „Die Zustellung an den Kranken selbst wird in den meisten Fällen aus ärztlichen oder anderen Gründen nicht angezeigt sein." (Ebenda).

§ 5. Unterbringung auf bezirksamtliche Anordnung. (1.) Geisteskranke, die für sich selbst oder andere Personen oder für das Eigentum gefährlich oder für die öffentliche Sittlichkeit anstößig oder in bezug auf Aufsicht, Schutz, Verpflegung oder ärztlichen Beistand verwahrlost oder gefährdet sind, können durch das Bezirksamt (§ 4 Abs. 1) nach Beratung im Bezirksrat in öffentlichen Irrenanstalten untergebracht werden, wenn die Geisteskrankheit und die Notwendigkeit der Anstaltsfürsorge sowie das Vorliegen einer der erwähnten Voraussetzungen auf Grund persönlicher Untersuchung von dem für den Aufenthaltsort des Kranken zuständigen Bezirksarzt oder dem Vorstand einer öffentlichen Irrenanstalt, bei Strafgefangenen von dem Strafanstaltsarzt bestätigt ist.

(2.) Auf die gegen die Anordnung des Bezirksamts nach § 4 Abs. 1 Ziff. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes zulässige Klage findet § 4 Absatz 2 Satz 2 Anwendung.

§ 6. Fürsorgliche Unterbringung im Dringlichkeitsverfahren. (1.) In dringenden Fällen kann die sofortige fürsorgliche Unterbringung eines Geisteskranken in einer Irrenanstalt ohne Antrag eines Antragsberechtigten und ohne bezirksamtliche Statthafterklärung (§ 4) oder Anordnung (§ 5) erfolgen, wenn die Notwendigkeit der sofortigen Aufnahme zum Zweck der Heilung des Kranken oder zur Vermeidung von Gefahren für den Kranken selbst oder für andere Personen oder für das Eigentum oder für die öffentliche Sittlichkeit von dem für den Aufenthaltsort des Kranken zuständigen Bezirksarzt auf Grund unmittelbar vorhergehender persönlicher Untersuchung des Kranken bestätigt wird.

(2.) Die Bestimmung des § 3 Abs. 2 findet hier ebenfalls Anwendung.

(3.) Wenn die fürsorgliche Unterbringung in einer Privatirrenanstalt erfolgen soll, kann das bezirksärztliche Zeugnis ersetzt werden durch das Zeugnis eines Arztes der Privatirrenanstalt, sofern dieser Arzt vom Ministerium des Innern hierzu besonders ermächtigt ist. Jedoch ist in einem solchen Falle der Kranke binnen 24 Stunden nach der Aufnahme vom Bezirksarzt zu untersuchen und, falls dieser das Vorliegen der Voraussetzungen des Abs. 1 nicht bestätigt, sofort zu entlassen.

(4.) Von der Aufnahme hat der Anstaltsleiter dem Bezirksamt (§ 4 Abs. 1) binnen 24 Stunden Mitteilung zu machen.

(5.) Wird nicht binnen sechs Wochen nach der Aufnahme des Geisteskranken in der Irrenanstalt der Antrag eines nach § 2 Antragsberechtigten und die Statthafterklärung oder eine bezirksamtliche Anordnung nach § 5 nachgebracht, so ist der fürsorglich Aufgenommene zu entlassen; falls aber nach dem pflichtmäßigen Ermessen des Anstaltsleiters die Voraussetzungen des § 5 vorliegen, ist noch vor Ablauf der Frist dem Bezirksamt (§ 4 Abs. 1) Anzeige zu erstatten, und bis zur Erlassung der Ent-

schließung des Bezirksamts, die binnen einer Frist von längstens sechs Wochen erfolgen soll, der Kranke fürsorglich in der Anstalt zurückzuhalten.

§ 7. Unterbringung zur Beobachtung des Geisteszustandes. (1.) Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes können, abgesehen von den reichsgesetzlich geregelten Fällen, in öffentlichen Irrenanstalten ohne oder gegen ihren Willen untergebracht werden:

1. Zwangszöglinge und Personen, bezüglich deren das Zwangserziehungsverfahren eingeleitet ist, auf Anordnung des Vormundschaftsgerichts;

2. Strafgefangene und Insassen des polizeilichen Arbeitshauses auf Anordnung der zuständigen Behörde;

3. aktive Militärpersonen auf Anordnung der vorgesetzten Militärbehörde.

(2.) Die Verwahrung darf in diesen Fällen die Dauer von sechs Wochen nicht übersteigen.

§ 8. Entlassung; Einspruch gegen die Zurückhaltung. (1.) Die wegen Geisteskrankheit in Irrenanstalten untergebrachten Personen dürfen gegen ihren Willen in der Anstalt nicht länger zurückgehalten werden, wenn sie als nicht geisteskrank erkannt werden, oder wenn nach dem pflichtmäßigen Ermessen des Anstaltsleiters Heilung eingetreten ist, oder wenn die Statthafterklärung (§ 4) oder die bezirksamtliche Anordnung (§ 5) zurückgezogen oder aufgehoben wird.

(2.) Gegen die Zurückhaltung eines Geisteskranken in der Anstalt steht dem Kranken selbst, wenn er geschäftsfähig ist, ferner seinem gesetzlichen Vertreter und, wenn ein solcher nicht vorhanden ist, den unterhaltspflichtigen Familienangehörigen der Einspruch zu. Über den Einspruch entscheidet das Bezirksamt nach Beratung im Bezirksrat; auf die gegen die bezirksamtliche Verfügung nach § 4 Abs. 1 Ziffer 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes zulässige Klage findet § 4 Abs. 2 ebenfalls Anwendung.

§ 9. Entlassung bei Wegfall des Antrags. (1.) Die Entlassung muß ferner erfolgen, wenn der nach § 2 gestellte Antrag zurückgezogen wird, oder wenn der Antragsteller stirbt, geschäftsunfähig wird oder die Antragsberechtigung verliert und nicht ohne Verzug ein Antrag von einem dazu Berechtigten gestellt wird.

(2.) Liegen jedoch in einem solchen Falle nach dem pflichtmäßigen Ermessen des Anstaltsleiters die Voraussetzungen des § 5 vor, so hat der Anstaltsleiter unverweilt dem Bezirksamt (§ 4 Abs. 1) Anzeige zu erstatten, welches alsdann das Weitere nach § 5 zu veranlassen hat. Die Bestimmung des § 6 Abs. 5 am Ende findet hier ebenfalls Anwendung.

(3.) Nach Maßgabe des Absatzes 2 ist auch zu verfahren, wenn bei einem auf seinen eigenen Antrag in einer Irrenanstalt untergebrachten Kranken in dem Zeitpunkt, in dem er seine Entlassung verlangt, die Voraussetzungen des § 5 nach dem pflichtmäßigen Ermessen des Anstaltsleiters vorliegen. Das Gleiche gilt, wenn diese Voraussetzungen

bei einer zur Beobachtung ihres Geisteszustandes eingewiesenen Person (§ 7) beim Ablauf der Beobachtungsfrist vorliegen; die Anzeige (Abs. 2 Satz 1) hat in diesem Falle an die Behörde zu erfolgen, welche die Beobachtung angeordnet hat.

§ 10. Unterbringung in Kranken- und Armenanstalten. (1.) Die Bestimmungen der §§ 1—4, 8 und 9 finden auf die Unterbringung von Geisteskranken in öffentlichen Kranken- und Armenanstalten [1]) entsprechende Anwendung.

(2.) Jedoch dürfen in derartigen Anstalten nur solche Geisteskranke nicht bloß vorübergehend untergebracht werden, die nach dem Zeugnis eines Bezirksarztes oder des Vorstandes einer inländischen öffentlichen Irrenanstalt der psychiatrischen Behandlung und der Unterbringung in einer Irrenanstalt nicht bedürfen.

(3.) Andere Geisteskranke dürfen in solchen Anstalten nur beim Vorliegen der Voraussetzungen des § 6 Absatz 1 vorübergehend untergebracht werden, wenn und solange die Überführung in eine Irrenanstalt nicht ausführbar ist. [2]) Das bezirksärztliche Zeugnis kann in diesen Fällen durch das Zeugnis des Anstaltsarztes ersetzt werden.

(4.) Das Gleiche (Abs. 3) gilt, wenn ein nicht wegen Geisteskrankheit in einer solchen Anstalt Untergebrachter nachträglich sich als geisteskrank erweist.

§ 11. Vollzugsbestimmungen. Unser Ministerium des Innern und, soweit die psychiatrischen Kliniken berührt werden, Unser Ministerium der Justiz, des Kultus und Unterrichts sind mit dem weiteren Vollzug betraut. —

Aus der sehr eingehenden Begründung sei nur der allgemeine Teil (mit wenigen Auslassungen) hier wiedergegeben (aus der Begründung „im Besonderen" sind einzelne Stellen bereits in den Anmerkungen mitgeteilt):

Die Voraussetzungen, unter denen Geisteskranke in Irrenanstalten untergebracht und dort auch gegen ihren Willen zurückgehalten werden können, sind bei uns seither durch landesherrliche Verordnung geregelt, zurzeit durch die ...Verordnung vom 3. Oktober 1895... In § 8 beläßt diese Verordnung die für die staatlichen Irrenanstalten des Landes bestehenden Statuten in Kraft, soweit sie mit den Bestimmungen der Verordnung nicht in Widerspruch stehen.....

[1]) „Als Armenanstalten im Sinne dieser Bestimmung sind die Kreispflegeanstalten, Landarmenanstalten, Stiftungsspitäler, Pfründnerhäuser, nicht aber jedes beliebige, einer geordneten Leitung und Aufsicht entbehrende Armenhaus zu verstehen." (Im Besonderen § 10.)

[2]) „Etwa wegen einer die Transportfähigkeit ausschließenden schweren Verletzung des Kranken u. dergl., aber auch wegen zeitweiliger Überfüllung der in Betracht kommenden Irrenanstalten." (Im Besonderen § 10.)

Diese Vorschriften haben sich, wenn auch eine gewisse Unübersichtlichkeit der jetzigen Regelung nicht zu bestreiten ist, im ganzen wohl bewährt. Auch ist die Zweite Kammer in der Sitzung vom 17. Juli 1906 anläßlich der Beratung einer Petition der Frau Gertrud Hirschberg von Berlin um Erlassung neuer gesetzlicher Bestimmungen zum Schutz der persönlichen Freiheit über dieses Begehren zur Tagesordnung übergegangen. Eine Ergänzung der jetzigen Bestimmungen wurde nur in einer Hinsicht von den Direktoren der Irrenanstalten als wünschenswert bezeichnet, nämlich hinsichtlich der Zulassung der freiwilligen Aufnahmen, der Aufnahmen auf eigenen Antrag des Kranken selbst, die bis jetzt nicht vorgesehen sind.

Bei der hierdurch veranlaßten neuerlichen Prüfung der Rechtslage gelangte die Großherzogliche Regierung jedoch zu dem Ergebnis, daß der Neufassung und Ergänzung der bestehenden Verordnungsbestimmungen die Schaffung einer einwandfreien gesetzlichen Grundlage für die in der Unterbringung eines Geisteskranken in einer Irrenanstalt liegende Freiheitsbeschränkung vorherzugehen habe.

Allerdings sind auch die Geisteskranken lediglich Kranke, und zwar Gehirnkranke, und der Zweck der Unterbringung eines Geisteskranken in einer Irrenanstalt ist ausschließlich Krankenhausbehandlung [1]); soweit die Krankenhausbehandlung eines Geisteskranken eine Beschränkung seiner persönlichen Freiheit bedingt, ist letztere als eine medizinalpolizeiliche Maßregel aufzufassen, die der Staat in Erfüllung seiner Aufgaben bewirkt oder duldet, ebenso wie bei gemeingefährlichen oder anderen übertragbaren Krankheiten unter Umständen Freiheitsbeschränkungen durch Einweisung in ein Krankenhaus oder durch Absonderung nötig fallen können. Zu diesen Einwirkungen auf die Freiheit der Kranken ist die Polizeibehörde trotz der die persönliche Freiheit unter den Schutz der Verfassung stellenden Bestimmung in § 13 der Verfassung auch bei uns als befugt zu erachten, und sie kann hinsichtlich der Dauer dieser Einwirkung aus Gründen, die in der Natur der Sache liegen, auch an die Bestimmung des § 30 Abs. 3 des Polizeistrafgesetzbuchs nicht gebunden sein, wonach bei Ausübung der den Polizeibehörden vorbehaltenen Befugnis, rechts-

---

[1]) „Die Unterbringung geschieht in erster Reihe im Interesse des Untergebrachten selbst, sie ist ein Akt der Fürsorge für ihn; sie ist, wie der Berichterstatter auf dem 25. Deutschen Juristentag ausführte, nicht Rechtszwang, sondern eine medizinalpolizeiliche Maßregel, die nur tatsächliche Bedeutung hat, und die weder eine Entscheidung über ein streitiges Privatrecht zum Gegenstand, noch irgendwelchen Einfluß auf bestehende Privatrechte, überhaupt auf Rechte hat. Daraus ergibt sich, daß die Gerichte mit diesen Maßregeln nicht zu befassen sind, sondern daß dies eine Sache der Polizeibehörde, der Medizinalpolizeibehörde, bleiben muß." (Im Besonderen § 1.)

und ordnungswidrige Zustände zu beseitigen und deren Entstehung oder Fortsetzung zu hindern, ein persönlicher Zwang nur angewendet werden kann, wenn die zu treffenden Maßregeln ohne solchen undurchführbar sind, und ein Gewahrsam in solchem Falle die Dauer von 48 Stunden nicht überschreiten darf. Bezüglich der Beschränkung der persönlichen Freiheit im Falle einer übertragbaren Krankheit ist letzteres auch in dem Urteil des Verwaltungsgerichtshofs vom 19. September 1895, i. S. der Stadtgemeinde Karlsruhe gegen die Großherzogliche Staatsverwaltungsbehörde (Zeitschrift für badische Verwaltung und Verwaltungsrechtspflege 1896 S. 119) unter Bezugnahme auf die der Polizeibehörde in § 85 des Polizeistrafgesetzbuchs übertragene Befugnis zur Erlassung von Sperr- und Sicherheitsmaßregeln bei ansteckenden Krankheiten anerkannt. Und dasselbe wird im Hinblick auf die §§ 97 und 98 des Polizeistrafgesetzbuchs gelten müssen bezüglich der Versorgung von gefährlichen oder hilflosen Geisteskranken, da § 97 des Polizeistrafgesetzbuchs denjenigen mit Strafe bedroht, der „mit Gefahr für Person oder Eigentum oder für die öffentliche Sittlichkeit Blödsinnige oder Geisteskranke, deren Aufsicht ihm obliegt, frei auf Straßen oder an anderen öffentlichen Orten herumgehen läßt" und § 98 des Polizeistrafgesetzbuchs sich weiterhin gegen denjenigen richtet, der „ihm angehörige oder anvertraute Kinder, Kranke, Gebrechliche, Blödsinnige oder andere hilflose Personen in einer öffentliches Ärgernis erregenden Weise mißhandelt oder auf gleiche Weise in bezug auf Aufsicht, Schutz, Verpflegung oder ärztlichen Beistand verwahrlost", denn viele, wenn nicht die meisten Geisteskranken können angemessen beaufsichtigt, geschützt, verpflegt oder ärztlich behandelt nur in Anstalten werden. Somit folgt aus der unter Strafe gestellten Verpflichtung der Fürsorger zur Beaufsichtigung usw. deren Verpflichtung, den Geisteskranken erforderlichenfalls in eine Anstalt zu verbringen und zwar auch ohne oder gegen seinen Willen. Ist aber im öffentlichen Interesse den Fürsorgern diese Verpflichtung auferlegt, so muß auch die Polizei befugt sein, die Erfüllung der Verpflichtung zu erzwingen und nötigenfalls ergänzend das Erforderliche selbst vorzukehren, also ihrerseits den Kranken in die Anstalt zu verbringen.

Diese Befugnis der Polizeibehörde zum Einschreiten gegen Geisteskranke ist u. a. auch anerkannt in dem Urteil des Reichsgerichts vom 30. November 1906, i. S. des Freiherrn v. M. gegen den württembergischen Fiskus (abgedruckt in der Zeitschrift für die freiwillige Gerichtsbarkeit und Gemeindeverwaltung in Württemberg, Nr. 4, April 1907), wo aus dem allgemeinen Begriff der Polizei, für die Ruhe, Sicherheit und Ordnung im Staatsgebiete Sorge zu tragen und Vorsorge gegen die der Gesellschaft oder dem einzelnen drohenden Gefahren zu treffen, die Befugnis der Polizei abgeleitet wird, „trotz der in den einzelnen Staaten gewährleisteten Freiheit der Person gegen solche Personen, von denen eine Störung der Ruhe, Sicherheit und Ordnung im Staatsgebiet zu besorgen ist, einzu-

schreiten und zur Sicherung der Gesellschaft oder eines einzelnen gegen eine von ihnen drohende Gefahr die erforderlichen Vorkehrungen, nötigenfalls bis zu ihrer Internierung in bestimmten Räumen, zu treffen".

In beschränkterem Umfang, aber grundsätzlich von denselben Gesichtspunkten ausgehend, anerkannte auch der Berichterstatter Geh. Oberjustizrat Vierhaus-Berlin auf dem 25. Deutschen Juristentag 1900 diese Befugnis der Polizei, indem er ausführte (Verhandlungen Bd. 3 S. 285-286), daß überall da, wo die Aufgabe der Polizei ähnlich definiert ist, wie in Preußen (Allgemeines Landrecht § 10, Teil II, Titel 17: „Die nötigen Anstalten zur Erhaltung der öffentlichen Ruhe, Sicherheit und Ordnung und zur Abwendung der dem Publiko oder einzelnen Mitgliedern desselben bevorstehenden Gefahren zu treffen, ist das Amt der Polizei"), unter den Voraussetzungen, die dort gegeben sind, die Unterbringung in eine Irrenanstalt gesetzlich zulässig sei.

In der Tat entbehren auch im Gegensatz zu einer Anzahl außerdeutscher Staaten (Frankreich, England, Belgien, Holland, Schweden, Norwegen, die schweizerischen Kantone Genf und Neuenburg, ferner die einzelnen Staaten der nordamerikanischen Union; Näheres hierüber bei Hermann Reuß, Der Rechtsschutz der Geisteskranken auf Grundlage der Irrengesetzgebung in Europa und Nordamerika, Leipzig 1888) fast alle deutschen Bundesstaaten, jedenfalls alle größeren, einer gesetzlichen Regelung des Irrenwesens, und es sind in diesen Ländern wie bei uns die Bedingungen, unter denen Geisteskranke auch gegen ihren Willen in Irrenanstalten untergebracht und dort zurückgehalten werden können, im Wege der Verordnung geregelt. Nähere Angaben hierüber bei Dr. *Erwin Burger*, die Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten in den größeren deutschen Staaten, Tübingen 1905.

Das bayerische Polizeistrafgesetzbuch ermächtigt zwar in Art. 80 Abs. 2 (Art. 137 des Polizeistrafgesetzbuchs von 1861) die Polizeibehörde, wenn ein Blödsinniger oder Geisteskranker einen Angriff gegen Personen oder fremdes Eigentum verübt oder die öffentliche Sittlichkeit verletzt hat und wegen Unzurechnungsfähigkeit des Beschuldigten entweder ein Strafverfahren gar nicht eingeleitet worden oder ein das Strafverfahren einstellendes Erkenntnis erfolgt ist, oder wenn die Gemeingefährlichkeit einer solchen Person in sonstiger Weise festgestellt ist, auf Grund bezirksärztlichen Gutachtens deren Unterbringung in einer Irrenanstalt oder deren sonstige genügende Verwahrung anzuordnen. Aber auch in Bayern fehlt eine Gesetzesvorschrift, die gestattet, Geisteskranke auf Antrag ihrer Angehörigen gegen ihren Willen in Irrenanstalten unterzubringen und dort zurückzuhalten. Und auch das bayerische Gesetz über die öffentliche Armen- und Krankenpflege vom 29. April 1869 (in der Fassung der Bekanntmachung vom 30. Juli 1899, Gesetzes- und Verordnungsblatt S. 469, 489), das in Art. 11, II Ziffer 2 es als Aufgabe der Armenpflege bezeichnet, Geisteskranke, welche der notwendigen Aufsicht und Pflege entbehren,

in einer Irrenanstalt unterzubringen, gewährt nicht ausdrücklich die Befugnis zu Freiheitsbeschränkungen hinsichtlich der der Armenpflege anheimgefallenen Geisteskranken.

Für Preußen legt das Gesetz vom 11. Juli 1891 (Ges.-S. S. 300), betr. Abänderung der §§ 31, 65 und 68 des Gesetzes zur Ausführung des Bundesgesetzes über den Unterstützungswohnsitz vom 8. März 1871, in § 31 den Landarmenverbänden die Verpflichtung auf, für Bewahrung, Kur und Pflege der hilfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten, Epileptischen, Taubstummen und Blinden, soweit dieselben der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen, und läßt in § 31b zu, daß die Bestimmungen über die Aufnahme und Entlassung der Anstaltspflegebedürftigen in Reglements getroffen werden, welche der Genehmigung der zuständigen Minister unterliegen. Durch solche ministerielle Anweisungen ist aber in Preußen auch die Aufnahme von Geisteskranken in Privatanstalten geregelt (Erlaß vom 26. März 1901).

Nur in zwei deutschen Bundesstaaten, in Sachsen-Weimar und in Bremen, ist bis jetzt eine gesetzliche Regelung des Irrenrechts erfolgt, in dem sachsen-weimarschen Gesetz vom 29. Juni 1847 über die Irrenheil- und Pflegeanstalt zu Jena und in der Bremischen Medizinalordnung vom 2. August 1878 (§§ 47 ff.), beide abgedruckt bei Reuß, Rechtsschutz der Geisteskranken S. 209-10, während die Hamburgische Medizinalordnung vom 29. Dezember 1899 (Amtsblatt 1900 S. 117, Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts, Jahrgang 1900, S. 345) in § 6 zwar gesetzliche Bestimmungen enthält über die obrigkeitlichen Besichtigungen der öffentlichen und privaten Irrenanstalten und über das Recht der Insassen dieser Anstalten, an die Besichtigungskommission Beschwerden zu richten, sowie über eine alsbald nach der Aufnahme vorzunehmende Untersuchung aller in die genannten Anstalten aufgenommenen Personen durch einen Physikus u. dergl., die Bestimmungen über die Aufnahme und Entlassung von Geisteskranken aber einer Ausführungsverordnung des Senats vorbehält (Verordnung, betr. das Irrenwesen vom 1. Juni 1900, Amtsblatt S. 669, Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts 1900 S. 859).

Für die Rechtsgültigkeit der in Rede stehenden landesherrlichen Verordnungen, Reglements, Ministerialanweisungen usw. wird geltend gemacht werden dürfen, daß sie, soweit sie sich an die Leitung der öffentlichen Irrenanstalten richten und diesen vorschreiben, unter welchen Bedingungen sie Geisteskranke aufnehmen dürfen und zu entlassen haben, zweifellos durch das verfassungsmäßige Verordnungsrecht des Landesherrn (Bad. Verfassung § 66) gedeckt sind, soweit sie sich aber auf Privatanstalten beziehen, in den auf die Überwachung der Krankenanstalten bezüglichen Gesetzen (vgl. Bad. Polizeistrafgesetzbuch § 92) und den bei der gewerbepolizeilichen Genehmigung der Errichtung von Privatirrenanstalten nach § 30 der Gerwerbeordnung zu stellenden Bedingungen,

deren Nichtbeachtung in § 147 Ziff. 1 der Gewerbeordnung mit Strafe bedroht ist, ihre gesetzliche Grundlage finden.

Auch ist nicht zu verkennen, daß die wertvollste Gewähr gegen die Möglichkeit einer rechtswidrigen Freiheitsbeschränkung nicht in einem besonderen Gesetz, sondern in den wissenschaftlichen und sittlichen Eigenschaften der Leiter der Irrenanstalten liegt.

Indessen ist das Verlangen nach einer gesetzlichen Regelung der Voraussetzungen für die Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten und für die Entlassung aus denselben seit dem letzten Jahrzehnt des vorigen Jahrhunderts mehrfach auch in den Verhandlungen der parlamentarischen Körperschaften des Reichs und einzelner Bundesstaaten hervorgetreten.

Insbesondere beschloß der Deutsche Reichstag am 16. Januar 1897 auf den Antrag des Abgeordneten Dr. Kruse gelegentlich der Beratung eines von dem Abgeordneten Lenzmann gestellten Antrags auf reichsgesetzliche Regelung der „Aufnahme und Unterbringung von Patienten in Heilanstalten für Geisteskranke" einstimmig:

> „die Verbündeten Regierungen zu ersuchen, baldigst einen Gesetzentwurf vorzulegen, welcher Grundsätze feststellt, wodurch die Aufnahme, die Aufenthaltsverhältnisse und die Entlassung von Geisteskranken in resp. aus den Anstalten reichsgesetzlich geregelt wird"

und nahm bei einer wiederholten Beratung des Gegenstandes am 3. Februar 1902 auf den vom Abgeordneten Lenzmann gestellten Antrag die im Jahre 1897 beschlossene Resolution abermals an.

Auch im badischen Landtag wurde, und zwar bei der obenerwähnten Verhandlung der Zweiten Kammer vom 17. Juli 1906, von dem Abg. Frühauf das Verlangen nach gesetzlicher Regelung des Gegenstandes gestellt.

Die infolge der Beschlüsse des Reichstags eingeleiteten Vorarbeiten für eine reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens haben aber bis jetzt zu greifbaren und festen Vorschlägen nicht geführt (vgl. die Übersicht der vom Bundesrat gefaßten Entschließungen auf Beschlüsse des Reichstags, Reichst.-Drucksache Nr. 211, Session 1907). Infolgedessen steht nach der von der Großherzoglichen Regierung eingezogenen Erkundigung die Einbringung eines Gesetzentwurfs bei dem Bundesrat für die nächste Zeit noch nicht in Aussicht.

Auch hat der 25. Deutsche Juristentag in Bamberg im September 1900 eine reichsgesetzliche Regelung, selbst wenn sie nach Art. 4 Nr. 15 der Reichsverfassung zulässig sein sollte, nicht als empfehlenswert erachtet (Verhandlungen Bd. 3 S. 353-54).

Bei dieser Sachlage glaubte die Großherzogliche Regierung eine spätere reichsgesetzliche Regelung des Gegenstandes nicht abwarten, sondern die Frage prüfen zu sollen, ob sich die Erlassung eines Landesgesetzes empfehle. Diese Frage war zu bejahen. Wenn auch nach den

obigen Darlegungen die Befugnis der Polizei zur Einweisung eines Geisteskranken in eine Anstalt im allgemeinen sich einwandfrei begründen läßt, so fehlt es eben doch an einer diese Befugnis unmittelbar und bestimmt aussprechenden gesetzlichen Vorschrift. Auch sind immerhin Fälle denkbar, in denen die vorhandene Rechtsgrundlage nicht ausreicht. So insbesondere wenn die Unterbringung eines Geisteskranken in einer Anstalt lediglich in seinem eigenen Interesse zum Zweck seiner Heilung erfolgen soll, ohne daß im Falle der Nichtunterbringung ein öffentliches Ärgernis — § 98 des Polizeistrafgesetzbuchs — zu befürchten wäre. Eine die Befugnis der Polizeibehörde bestimmt aussprechende Vorschrift ist ferner zur Klarstellung wünschenwert gegenüber der ihre allgemeine Befugnis hinsichtlich des persönlichen Zwangs einengenden Bestimmung des § 30 Abs. 3 des Polizeistrafgesetzbuchs, wenn auch diese Beschränkung aus den oben dargelegten Gründen auf die Unterbringung von Geisteskranken in Anstalten nicht anwendbar ist.

Bei dem in dem vorliegenden Gesetzentwurf unternommenen Versuch landesgesetzlicher Regelung glaubte sich die Großherzogliche Regierung im wesentlichen an die seitherigen, oben bereits als im allgemeinen bewährt bezeichneten Vorschriften der höchstlandesherrlichen Verordnung vom 3. Oktober 1895 anschließen zu dürfen. Entsprechend dem Beschluß des 25. Juristentags vom 13. September 1900 unter II, wonach es sich

> „bei der schwerwiegenden Bedeutung, welche die Unterbringung oder Festhaltung in einer Irrenanstalt für den Betroffenen hat, empfiehlt (abgesehen von einer strengen Beaufsichtigung der Anstalten) bezüglich aller dahingehenden Maßnahmen ausreichenden Rechtsschutz zu gewähren,"

wurde aber gleichzeitig für geboten erachtet, die Rechtsbehelfe des Kranken selbst und seiner Vertreter gegen eine die Unterbringung in einer Anstalt zulassende oder anordnende behördliche Verfügung ebenso wie gegen eine den Antrag auf Entlassung ablehnende Entschließung der Behörde tunlichst weitgehend auszugestalten.

Die Unterbringung eines Geisteskranken in einer Irrenanstalt soll nach dem Entwurf zulässig sein entweder auf Antrag bestimmter zu dem Kranken in näherer Beziehung stehender Personen oder Behörden (gesetzlicher Vertreter, unterhaltungspflichtige Familienangehörige, mit der Fürsorge für den Kranken befaßte Behörden, öffentliche Organe oder Verwandte, unterstützungspflichtiger Armenverband usw.), nachdem das zuständige Bezirksamt die Unterbringung für statthaft erklärt hat, oder zufolge Anordnung des Bezirksamts nach Beratung im Bezirksrat bei Geisteskranken, die für sich oder andere oder für das Eigentum gefährlich, für die öffentliche Sittlichkeit anstößig oder in bezug auf Aufsicht oder Verpflegung verwahrlost oder gefährdet sind. Sowohl gegen die Statthafterklärung wie gegen die bezirksamtliche Anordnung soll — neben dem nach der Verfahrensordnung (§§ 28 ff.) jedem Beteiligten zustehenden

Rekurs — die Klage an den Verwaltungsgerichtshof nach § 4 Abs. 1 Ziff. des Verwaltungsrechtspflegegesetzes eingeräumt werden, und zwar den Kranken selbst, wenn er geschäftsfähig ist, ferner seinem gesetzlichen Vertreter und, falls ein solcher nicht vorhanden ist, den unterhaltspflichtigen Familienangehörigen (§§ 4 und 5). Denselben Personen soll nach § 8 Abs. 2 gegen die Zurückhaltung eines Geisteskranken in der Anstalt ein Einspruch zustehen, über den das Bezirksamt nach Beratung im Bezirksrat zu entscheiden hat, worauf ebenfalls die Klage beim Verwaltungsgerichtshof erhoben werden kann.

Sowohl die Unterbringung auf Antrag eines dazu Berechtigten wie diejenige auf Anordnung des Bezirksamts setzt voraus, daß die Geisteskrankheit und die Notwendigkeit der Anstaltsfürsorge auf Grund persönlicher Untersuchung des Kranken durch das Zeugnis eines beamteten Arztes bestätigt ist.

In dringenden Fällen soll eine sofortige fürsorgliche Unterbringung zulässig sein ohne Antrag eines Antragsberechtigten und ohne bezirksamtliche Statthafterklärung oder Anordnung, wenn die Notwendigkeit der sofortigen Aufnahme zum Zweck der Heilung des Kranken oder zur Vermeidung von Gefahren für den Kranken selbst oder für andere oder für das Eigentum oder für die öffentliche Sittlichkeit von einem beamteten Arzt — bei der Aufnahme in Privatirrenanstalten von einem besonders dazu ermächtigten Arzt dieser Anstalt unter Vorbehalt der binnen 24 Stunden zu bewirkenden Untersuchung durch den Bezirksarzt — auf Grund unmittelbar vorhergehender persönlicher Untersuchung bestätigt wird (§ 6).

Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes sollen, abgesehen von den reichsgesetzlich geregelten Fällen (§ 81 der Strafprozeßordnung, § 217 der Militärstrafgerichtsordnung, § 656 der Zivilprozeßordnung) auf die Dauer von 6 Wochen in öffentlichen Irrenanstalten untergebracht werden können: Zwangszöglinge, Strafgefangene und aktive Militärpersonen (§ 7).

Die §§ 8 und 9 regeln die Voraussetzungen, unter denen die Entlassung erfolgen muß, und das bei der Entlassung vor eingetretener Heilung einzuhaltende Verfahren. Die Entlassung muß erfolgen, wenn das Nichtvorhandensein von Geisteskrankheit erkannt oder Heilung eingetreten ist, oder die Statthafterklärung oder die bezirksamtliche Anordnung zurückgezogen oder aufgehoben wird. Die Entlassung muß ferner erfolgen, wenn der Antrag zurückgezogen wird oder der Antragsteller stirbt, geschäftsunfähig wird oder die Antragsberechtigung verliert und nicht ohne Verzug ein Antrag von einem dazu Berechtigten gestellt wird.

In § 10 sind endlich, ebenfalls im Anschluß an die seitherigen Bestimmungen (§§ 5 und 6 der landesherrlichen Verordnung vom 3. Oktober 1895), die Voraussetzungen näher bezeichnet, unter denen Geisteskranke in anderen Anstalten als Irrenanstalten, den öffentlichen Kranken- und Armenanstalten, untergebracht werden können. Nicht bloß vorübergehend sollen in derartigen Anstalten nur solche Geisteskranke untergebracht

werden, die nach dem Zeugnis eines beamteten Arztes der psychiatrischen Behandlung und der Unterbringung in einer Irrenanstalt nicht bedürfen. Andere Geisteskranke sollen nur in dringenden Fällen in solchen Anstalten untergebracht werden dürfen, wenn und solange die Überführung in eine Irrenanstalt nicht ausführbar ist.

Die Regelung der freiwilligen Aufnahmen, der Aufnahmen auf Antrag des Kranken selbst, ist in dem Entwurf nicht vorgesehen, soll vielmehr in der in § 11 vorbehaltenen ministeriellen Vollzugsverordnung erfolgen, da hier keine Freiheitsbeschränkung in Frage steht, die eine gesetzliche Regelung erforderlich machen könnte. Nur für den Fall ist in dem Entwurf (§ 9 Abs. 3) Vorsorge getroffen, daß ein auf seinen eigenen Antrag untergebrachter Kranker in dem Zeitpunkt, in dem er seine Entlassung verlangt, für sich oder andere gefährlich usw. geworden ist. —

Im vorstehenden Entwurf (§ 6) und in seiner Begründung (S. 554) ist vor allem anzuerkennen, daß die Fürsorge für den Kranken und zwar nicht nur zu seinem Schutze, sondern auch zu seiner Heilung als Hauptgrund für seine Unterbringung in die Anstalt gilt. Die Begründung „im Besonderen" (zu § 6) führt aus: „Nach der übereinstimmenden Auffassung der Irrenärzte ist es fast noch mehr als bei anderen Krankheiten bei Geisteskrankheiten im Interesse des Kranken und seiner baldigen Genesung von der allergrößten Wichtigkeit, daß dem Kranken ohne jeden vermeidbaren Zeitverlust die seinem Zustand entsprechende Behandlung, die im allgemeinen nur in einer sachgemäß eingerichteten Irrenanstalt zweckmäßig erfolgen kann, zuteil wird". Zweifelhaft erscheint, ob die Forderung eines bezirksärztlichen Zeugnisses auch für die Aufnahme in eine öffentliche Anstalt damit im Einklang steht; jedenfalls wird sie sehr gemildert durch die Möglichkeit des Ersatzes durch das Zeugnis eines Arztes der betreffenden Anstalt. Bisher war auch der behandelnde Arzt zur Ausstellung des Zeugnisses berechtigt, und es war nur die „bezirksärztliche Bestätigung des Fragebogens bezüglich der Frage nach der Aufnahmevereigenschaftung vorgeschrieben, die eine persönliche Untersuchung des Kranken nicht voraussetzte" (im Besonderen § 3), dagegen konnte nur in dringlichen Fällen der Vorstand einer öffentlichen Anstalt die Notwendigkeit der Aufnahme vorläufig feststellen.

Unschädlich, aber zu überflüssigem Schreibwerk führend, scheint § 9 dem bureaukratischen Streben nach peinlicher Korrektheit entsprungen zu sein. „Der Entwurf geht davon aus, daß für die ganze Zeit der Unterbringung ein Antrag eines dazu Berechtigten vorliegen muß. Stirbt der Antragsteller oder verliert er die Antragsberechtigung, z. B. durch Bestellung eines anderen Vormunds, so muß der Anstaltsleiter ohne Verzug einen Antrag eines der nunmehr zur Antragstellung Berechtigten erheben. Ist dies nicht in kürzester Frist möglich, so ist der Kranke zu entlassen." (Im Besonderen § 9).

Die Beratung des Entwurfs dürfte im Verlauf des Winters stattfinden. Daß die Regierung ihn einbrachte, zeugt nicht nur von ihrem Streben nach Korrektheit, sondern auch von Zutrauen in die Einsicht des Badischen Landtages, dem mancherlei zugemutet wird, was z. B. im Reichstag und im Preußischen Abgeordnetenhause wohl auch jetzt noch wenig Aussicht auf Zustimmung der Mehrheit hätte. Geht der Entwurf ohne Verschlechterung — in unserem Sinne — durch, so ist zwar davon keine Verbesserung im badischen Irrenwesen zu erwarten, aber die in psychiatrischen Kreisen gegenwärtig herrschende und nach früheren Vorkommnissen berechtigte Abneigung gegen eine gesetzliche Regelung des Irrenwesens dürfte geringer werden, denn ein deutscher Landtag hätte in seinen Beschlüssen in erster Reihe die Fürsorge für die Kranken und nicht die Angst vor widerrechtlicher Freiheitsberaubung sich zur Richtschnur genommen.

---

## *Verein zum Austausch der Anstaltsberichte.*

Dem Verein ist die Heilstätte Waldfrieden für männliche Alkoholkranke bei Fürstenwalde a. Spree beigetreten.

Das Verzeichnis der dem Verein angehörenden Anstalten (für die Versendung von Berichten am bequemsten in der Form gummierter Adressenstreifen) schickt auf Wunsch

Dr. *Hans Laehr.*

---

## *Personalnachrichten.*

Dr. *Heinr. Többen,* Arzt an der Strafanstalt Münster i. W., hat einen Lehrauftrag für gerichtliche Psychiatrie an der dortigen Universität erhalten.

Dr. *W. Weygandt,* Prof., bisher in Würzburg, geht als Dir. der Staatsanstalt Friedrichsberg an Stelle des in den Ruhestand tretenden Prof. Dr. *Reye* nach Hamburg.

Dr. *Jul. Braune,* Oberarzt, ist von Schwetz nach Konradstein,

Dr. *Karl Eisen,* bisher 2. Arzt in Kutzenberg, ist als Anstaltsarzt nach Deggendorf,

Dr. *Fritz Taubert* von Ückermünde als Oberarzt nach Lauenburg,

Dr. *Erw. Lauschner* von Lauenburg als Oberarzt nach Treptow a. R.,

Dr. *Kurt Halbey* von Lauenburg als Oberarzt nach Ückermünde,

Dr. *Ernst Herse* von Neustadt i. W.-Pr. als Oberarzt nach Schwetz,

Dr. *Gust. Eichbaum* von Neustadt i. H. als Oberarzt nach Schleswig,

Dr. *Franz Kleiminger* von der Prov.-Irrenanstalt zu Schleswig als Oberarzt an die Prov.-Idiotenanstalt daselbst versetzt worden.

Dr. *Friedr. Sandner* in Ansbach ist zum Oberarzt der oberelsässischen Bezirksanstalt Rufach ernannt worden.

Dr. *Jul. Cohen* in Königslutter,
Dr. *Fritz Krömer* in Neustadt i. Holstein und
Dr. *Herm. Bauer* in Ückermünde sind Oberärzte geworden.
Dr. *Ew. Hecker* in Wiesbaden hat den Titel Professor erhalten.
Dr. *Oswald Berkhan* in Braunschweig ist zum Geh. Sanitätsrat,
Dr. *Ludw. Bruns*, Prof., in Hannover und
Dr. *Otto Snell*, Dir. der Prov.-Anstalt in Lüneburg, zum Sanitätsrat ernannt worden.
Dr. *Wilh. Zenker*, Geh. Sanitätsrat, Dir. der Privatanstalt Bergquell, hat den Roten Adlerorden 4. Kl. erhalten.
Dr. *Wilh. Jung*, San.-Rat, bis 1884 Dir. der Prov.-Anstalt Leubus, ist am 6. Juni im 79. Lebensjahre und
Dr. *Jul. Ludw. Aug. Koch*, Med.-Rat, Dir. a. D. der Staatsanstalt Zwiefalten, am 25. Juni nach langem schweren Leiden im 67. Lebensjahre gestorben.

# *Unter allen Mitteln,*

welche die **Stuhlfunktion bewirken** und die **Darmtätigkeit regulieren,** nehmen
Apoth. **„*Kanoldt's Tamarinden*“** aus Gotha den ersten Platz mit ein.

***Namhafte Ärzte*** bestätigen die prompte und sichere Wirkung dieses **Laxativs**
in Konfitürenform gegen ***Verstopfung, trägen Stuhl*** und deren Folgen, wie
***Hämorrhoiden, Kongestionen, Leberleiden, Migräne*** usw.

In Schachteln (6 Stück) für 80 Pf., auch **lose** in Kartons à 50 und 100 Stück
***aus fast allen Apotheken zu beziehen.***

**Allein echt, wenn** von Apotheker **C. Kanoldt Nachfolger** in **Gotha.**

# Blankenburg (Harz)

Kuranstalt für Nervenleidende u. Erholungsbedürftige von

San.-Rat Dr. **Müller** u. San.-Rat Dr. **Rehm.**

Gegründet 1862 als die erste ihrer Art. ~ Großer alter Park.
Auch im Winter gut besucht.

# PRIVAT-HEIL-ANSTALT
## FÜR NERVEN- UND GEMÜTSKRANKE
### WOLTORF (Braunschweig). Fernsprecher, Amt Peine 288.

**Ruhig gelegene Anstalt mit großem Park in waldreicher Umgebung ~ Zwei Häuser ~ Elektrisches Licht ~ Zentralheizung ~ Beschränkte Patientenzahl ~ Aufnahme von Pensionären ~ Monatspension 150—250 M. — Auskunft und Prospekte durch den leitenden Arzt**

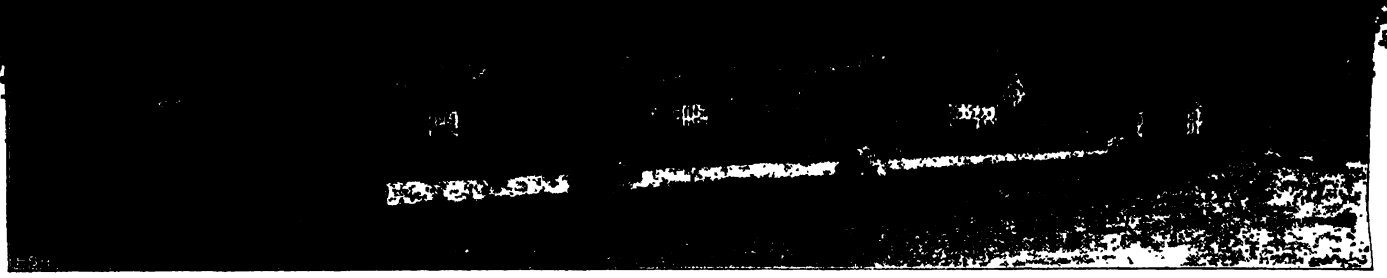
**Dr. ALBER**
früher vieljähriger Assistenzarzt an der psychiatrischen Univ.-Klinik Gießen.

## W. SCHRÖTERS Erziehungsanstalt für geistig Zurückgebliebene

**Oppelstr. 44/44b. DRESDEN-N. Oppelstr. 44/44b.**

Aufnahme von Knaben und Mädchen — auch älteren —, welche infolge ihrer Schwächlichkeit und geringeren Begabung einer besonderen Behandlung in Pflege, Erziehung und Unterricht bedürfen. — Gärtnerei u. Handarbeitsunterricht.

Hausarzt: Nervenarzt **Dr. H. Böhmig,** Konsiliarius Hofrat Dr. **Ganser,** Oberarzt der städt. Heil- u. Pflegeanst. Nähere Auskunft durch den Besitzer u. Leiter **W. Schröter.**



# DR. GUDDENSCHE HEILANSTALT PÜTZCHEN

## Privat-Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Gemütskranke beiderlei Geschlechts der gebildeten Stände

### (Entziehungs-Kuren)

**Am Fuße der Ausläufer des rhein. Siebengebirges.**

**Pavillonsystem • Zentralheizung • Elektr. Licht • Pension 240—300 Mk. • Familienanschluß**
**Vermietung von Etagen • Wagen im Hause • Telephon 229 (Amt Bonn) • Drei Ärzte.**

**Dr. C. GUDDEN, konsult. Arzt, Bonn. Dr. A. PEIPERS, dirig. Arzt und Besitzer.**

habe meine Tätigkeit in **Bad Nauheim, Parkstr. 22,** wieder aufgenommen.
**Dr. Lilienstein,** Nervenarzt.

GEORG REIMER VERLAG BERLIN W. 35.

## TUBERKULOSESTUDIEN

von H. BEITZKE, F. DAELS, E. KLEBS, M. KOCH, J. ORTH, L. RABINOWITSCH.

16 Tafeln, 3 Textabbildungen und 13 Tabellentafeln. PREIS M. 16.—

**Dieses Werk ist auch als Beiheft zum 190. Bande von „Virchows Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin" erschienen und durch jede Buchhandlung zu beziehen.**

## Die Nervenheilanstalt Speichersdorf bei Königsberg i. Pr.

liegt in unmittelbarer Nähe der Stadt. **Die Einrichtungen für Bäder, Elektrotherapie etc. entsprechen den modernen Anforderungen.** Die Anstalt, inmitten schöner, alter Parkanlagen und mit elektrischer Beleuchtung, Zentralheizung etc. versehen, ist zur Aufnahme nervöser und gemütsleidender Patienten beiderlei Geschlechts eingerichtet. Mäßige Preise.

**Dr. Steinert,** Chefarzt.

## Kurhaus für Nerven- und Gemütskranke

von **Dr. Richard Fischer**
**Neckargemünd bei Heidelberg.**

Komfortabel eingerichtete Heilanstalt in schönster Lage des Neckartales, in unmittelbarer Nähe des Waldes, und ausgestattet nach allen Anforderungen der modernen Psychiatrie. — Gegründet 1898.

Prospekte frei durch die Direktion.

## Stemler Zwieback

Vorzügliche Kindernahrung
**leicht verdaulich • nahrhaft • haltbar**

Dosen M. 3.— u. 5.50

GEORG REIMER VERLAG
—— BERLIN W. 35. ——

**Pathologie und Therapie**
der
**Kehlkopf-Tuberkulose**

von
**Dr. G. Besold,** Badenweiler
und
**Dr. H. Gidionsen,** Düsseldorf.

Mit einem Geleitwort
von Exzell. wirkl. Geheimrat
D. Dr. med. **Moritz Schmidt.**

Mit 7 Tafeln und 1 Textabbildung.

Preis M. 4.—

Durch jede Buchhandlung
—— zu beziehen. ——

KARL J. TRÜBNER VERLAG
:: STRASSBURG i. ELS. ::

**DIE KLIMAX DER THEORIEN**

Eine Untersuchung aus dem Bereich der allgemeinen Wissenschaftslehre

von
**Otto Liebmann.**

8°. VII, 113 S.

Preis M. 2.—

Durch jede Buchhandlung
—— zu beziehen. ——

**Institut für Zurückgebliebene**

**E. Hasenfratz** in **Weinfelden** (Schweiz)

vorzüglich eingerichtet zur Erziehung **körperlich und geistig Zurückgebliebener,** sowie **nervöser,** überhaupt **schwer erziehbarer** Knaben und Mädchen. **Individuelle, heilpädagogische** Behandlung und entsprechender Unterricht. Herzliches Familienleben; auf je sechs Kinder eine staatlich geprüfte Lehrkraft.

**Sehr gesunde Lage.** **Erste Referenzen.**

Bericht über **15-jährige Tätigkeit** und Prospekt gratis.

**Sanatorium Buchheide**

**Finkenwalde b. Stettin.**

Heilanstalt für

**Nervenkranke, Morphinisten, Alkoholiker.**

(Psychosen ausgeschlossen.)

# Inhalt.

## Drittes Heft.

### Originalien.


Seite

Über das Symptom des „Gedankensichtbarwerdens". Von Dr. *Kurt Halbey*, Oberarzt in Ückermünde . . . . . 307

Zur Prognosestellung bei der Dementia praecox. Von *Marie-Emma Zablocka* in Zürich . . . . . 318

Über Geistesstörungen bei Gehirnsyphilis. Von Dr. *Hugo Birnbaum*-Conradstein . . . . . 340

Zur perniziös verlaufenden Melancholie. Von Dr. *Döblin* in Buch . . . 361

Ein Fall von Bromismus. Von Dr. *Hankeln* in Königsberg . . . . . 366


### Verhandlungen psychiatrischer Vereine.


**38.** Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Heidelberg am 2. und 3. November 1907.

I. Sitzung am 2. November.

*Wilmanns*-Heidelberg: Gefängnispsychosen . . . . . 378

*Bayerthal*-Worms: Über einen Fall von zerebraler Kinderlähmung mit Pseudobulbärparalyse und doppelseitiger Ptosis . . . . . 380

*Hellpach*-Karlsruhe: Das Unbewußte . . . . . 381

*M. Friedmann:* Zur Indikationsstellung für den künstlichen Abort wegen psychischer Krankheit . . . . . 382

II. Sitzung am 3. November.

*Spielmeyer*-Freiburg i. Br.: Über die nervösen Veränderungen bei der Dourine (Mal de coït) der Tiere . . . . . 386

*Oppenheim*-Freiburg: Plasmazellenbefunde im Rückenmark bei progressiver Paralyse . . . . . 387

*W. Fuchs*-Emmendingen: Psychiatrie und Mneme . . . . . 388

*Nissl*-Heidelberg: Experimentalergebnisse zur Frage der Hirnrindenschichtung . . . . . 388

*Merzbacher*-Tübingen: Über eine eigenartige juvenile Erkrankung des Zentralnervensystems . . . . . 392

*Ranke*-Heidelberg: Klinische und histopathologische Demonstration fötaler Zerebralerkrankungen . . . . . 393

*Quensel*: Über reaktive Zelldegenerationen nach Hirnstammverletzung 394

*Rosenfeld*-Straßburg: Die Serodiagnose der syphilidogenen Erkrankung des Zentralnervensystems . . . . . 395

*Reiß*-Tübingen: Über paranoide Symptomenkomplexe bei Degenerierten 396

*L. Mann*-Mannheim: Psychiatrische Aufgaben der Gemeinden . . . . 397

*Berliner*-Gießen: Zur Kasuistik der Diplopie . . . . . 398

*A. Homburger*-Frankfurt: Fragestellungen zur Lehre von der Struktur der faserigen pathologischen Neuroglia . . . . . 399

*Zöllner*-Straßburg: Über einen Fall von Hypophysentumor . . . . . 400

**126.** Sitzung des Psychiatrischen Vereins zu Berlin am 14. März 1908.

*Seiffer*: Gedächtnis-Untersuchungen . . . . . 401

*Frenkel*-Heiden: Die Methode der Komplementablenkung im Dienste der Neurologie und Psychiatrie . . . . . 405

*Forster:* Krankendemonstration . . . . . 413

**43.** Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens am 2. Mai 1908 in Hannover.

*Bruns*-Hannover: Neuropathologische Demonstrationen . . . . . 414

*Wendenburg*-Lüneburg: Seltenere Zustandsbilder bei multipler Sklerose 416

*Pförtner*-Göttingen: Spastische Symptomenkomplexe bei Rückenmarkserkrankungen . . . . . 418

*Cramer*-Göttingen: Über Zeugnisfähigkeit . . . . . 418

*Jach*-Uchtspringe: Über Technik und Ergebnisse der Lumbalpunktion 420

*Bornstein*-Göttingen: Die Zusammensetzung des Blutes der Paralytiker 421

Seite

91. Sitzung des Vereins Ostdeutscher Irrenärzte am 14. Dezember 1907.
*Stertz*-Breslau: Serodiagnostik bei progressiver Paralyse . . . . . 422
*Klieneberger*-Breslau: Juvenile Paralysen . . . . . 425
*Heilemann*-Bunzlau: Über den Typhus in Irrenanstalten unter Bezugnahme auf die in Bunzlau gemachten Erfahrungen . . . . . 432
*C. S. Freund*-Breslau: a) Anatomischer Beitrag zur Pathologie des linken Schläfelappens . . . . . 436
b) Über einen Erweichungsherd im linken Hirnschenkelfuß . . . . 437
Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Berlin am 24. und 25. April 1908.
1. Sitzung, Freitag, den 24. April.
*Jahrmärker*-Marburg: Endzustände der Dementia praecox . . . . . 439
*Bleuler*-Burghölzli: Die Prognose der Dementia praecox (Schizophreniegruppe) . . . . . 456
*Raecke*-Kiel: Zur Prognose der Katatonie . . . . . 464
*E. Meyer*-Königsberg: Die Prognose der Dementia praecox . . . . . 467
*Hüfler*-Chemnitz: Über die katatonischen Anfälle . . . . . 469
2. Sitzung, Freitag, den 24. April.
*Alt*-Uchtspringe: Die Heilungsaussichten in der Irrenanstalt . . . . . 480
*Brodmann*-Berlin: Über den gegenwärtigen Stand der histologischen Lokalisation der Großhirnrinde . . . . . 496
*O. Fischer*-Prag: Die Histopathologie der Presbyophrenie . . . . . 500
*Reich*-Herzberge: Zur Symptomatologie der Manie und verwandter Krankheitsformen . . . . . 501
*Nießl v. Mayendorf*-Leipzig: Die physiologische Bedeutung der Hörwindung . . . . . 503
3. Sitzung, Sonnabend, den 25. April.
*Siemens*-Lauenburg: Über die Tätigkeit der Kommission zur Wahrung der Standesinteressen . . . . . 505
*A. Cramer*-Göttingen: Psychiatrische Wünsche zur Strafprozeßreform 508
*Aschaffenburg*-Köln: Die Stellung der modernen Rechtswissenschaft zur verminderten Zurechnungsfähigkeit . . . . . 514
*Weygandt*-Würzburg: Die Ausbildung in der gerichtlichen Psychiatrie 518
*Friedländer*-Hohe Mark: Kritische Bemerkungen zum § 300 StrGB. . 521
4. Sitzung, Sonnabend, den 25. April.
*Birnbaum*-Herzberge: Über vorübergehende Wahnbildungen auf degenerativer Basis . . . . . 524
*M. Reichardt*-Würzburg: Über die Hirnmaterie . . . . . 526
*Nücke*-Hubertusburg: Die Vergleichung der Hirnoberfläche dementiell Paralytischer mit der von Normalen . . . . . 527
*Hoppe*-Uchtspringe: Die Bedeutung der Stoffwechseluntersuchungen für die Behandlung der Epileptiker . . . . . 528
*Kapff*-Fürstenwalde: Welches Interesse hat die praktische Psychiatrie an der Spezialbehandlung Alkoholkranker? . . . . . 529
*H. Liepmann*-Berlin: Die agnostischen Störungen . . . . . 534
*Beyer*-Roderbirken: Die Heilstättenbehandlung der Nervenkranken . . 535
*H. Vogt*-Frankfurt a. M.: Beiträge zum Studium der Entwicklungskrankheiten des Gehirns . . . . . 539
Sitzung der Kommission für Idiotenforschung und Idiotenfürsorge . . . 541

## Kleinere Mitteilungen.

Heinrich-Lachr-Stiftung . . . . . 545
Fortbildungskurs für Psychiater . . . . . 545
18. Kongreß der Irren- und Nervenärzte Frankreichs und der Länder französischer Sprache . . . . . 545
3. internationaler Kongreß für Irrenpflege . . . . . 546
4. internationaler Kongreß für Irrenpflege . . . . . 546
Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen . . . . . 547
Anstalt für schulpflichtige an Epilepsie leidende Kinder in Braunschweig 547
Erlaß der Minister des Innern und der Medizinalangelegenheiten in Preußen vom 14. April 1908 . . . . .
Entwurf eines badischen Gesetzes, die Irrenfürsorge betreffend . . .
Verein zum Austausch der Anstaltsberichte . . . . . .
Personalnachrichten . . . . . .

# ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

# PSYCHIATRIE

UND

## PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON


**BONHOEFFER** BRESLAU — **CRAMER** GÖTTINGEN — **v. GRASHEY** MÜNCHEN — **KREUSER** WINNENTAL — **PELMAN** BONN — **SCHÜLE** ILLENAU

DURCH

**HANS LAEHR**

SCHWEIZERHOF


---


FÜNFUNDSECHZIGSTER BAND

VIERTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 29. AUGUST.

BERLIN

W. 35 LÜTZOWSTRASSE 107-8

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1908



Jährlich ein Band von 7 Heften (6 Hefte Originalien und 1 Heft Literaturbericht). Preis M. 30.—.

***Statt Eisen!*** ***Statt Lebertran!***

# Hæmatogen Hommel

Frei von **Borsäure, Salizylsäure** oder **irgendwelchen** sonstigen antibakteriellen Zusätzen, enthält außer dem völlig reinen Hæmoglobin noch sämtliche Salze des frischen Blutes, **insbesondere auch die wichtigen Phosphorsalze** (Natrium, Kalium und **Lecithin**), sowie die nicht minder bedeutenden Eiweißstoffe des Serums in konzentrierter, gereinigter und **unzersetzter** Form. **Als blutbildendes, organeisenhaltiges, diätetisches Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene** bei Schwächezuständen **irgendwelcher Art** von hohem Werte.

## Besonders unentbehrlich in der Kinderpraxis.

Kann als diätetisches, die tägliche Nahrung ergänzendes Mittel jahraus, jahrein ohne Unterbrechung genommen werden. Da es ein natürliches organisches Produkt ist, treten **niemals** irgendwelche Störungen auf, **insbesondere nicht** der bei längerem Gebrauche von **künstlichen Eisenpräparaten** unvermeidliche **Orgasmus.**

☛ **Große Erfolge** bei **Rachitis, Skrofulose, Anæmie, Frauenkrankheiten, Neurasthenie, Herzschwäche, Malaria, frühzeitiger Schwäche der Männer, Rekonvaleszenz (Pneumonie, Influenza** etc. etc.).

☛ **Vorzüglich wirksam bei Lungenerkrankungen als Kräftigungskur. Sehr angenehmer Geschmack. Wird selbst von Kindern außerordentlich gern genommen. Stark appetitanregend.**

Hæmatogen Hommel zeichnet sich vor seinen Nachahmungen aus durch

**unbegrenzte Haltbarkeit in vieljährig erprobter Tropenfestigkeit und Frostsicherheit, absolute Sicherheit vor Tuberkelbazillen**

gewährleistet durch das mehrfach von uns veröffentlichte, bei höchst zulässiger Temperatur zur Anwendung kommende Verfahren. Diese Sicherheit geht insbesondere den auf kaltem Wege (Äther etc.) dargestellten Präparaten völlig ab.

Um Unterschiebung von Nachahmungen zu vermeiden, bitten wir,

**stets Hæmatogen Hommel zu ordinieren.**

**Tages-Dosen:** **Säuglinge** 1—2 Teelöffel mit der Milch gemischt (Trinktemperatur!), **größere Kinder** 1—2 Kinderlöffel (rein!!), **Erwachsene** 1—2 Eßlöffel täglich vor dem Essen, wegen seiner eigentümlich stark appetitanregenden Wirkung.

Verkauf in Originalflaschen **à 250 g.**

Versuchsquanta stellen wir den Herren Ärzten gern frei und kostenlos zur Verfügung.

**Nicolay & Co.,** **Hanau a. Main.** **Zürich.** **London, E. C. 36 & 36 a, St. Andrew's Hill.** **St. Petersburg, Smolenskaja 33.**

**Vertretung für Nord-Amerika: Lehn & Fink,** William Street 120, **New York.**

# Die Serodiagnostik in der Psychiatrie und Neurologie[1]).

Von

Dr. **Stertz**, Assistenzarzt.

Es ist Ihnen bekannt, daß nicht lange nach der Einführung der serologischen Methode der Luesdiagnose mit dem *Wassermann*schen Verfahren die Serodiagnostik auch in der Psychiatrie und Neurologie ihren Einzug hielt, und es ist dies erklärlich in Ansehung der außerordentlichen Bedeutung, welche der Syphilis als ätiologischem Moment in diesen Disziplinen zukommt. Seitdem von *Wassermann* und *Plaut* die Tatsache festgestellt wurde, daß die Spinalflüssigkeit der Paralytiker mit einer großen Konstanz (etwa 80% der Fälle) eine positive Reaktion im Sinne *Wassermanns* ergibt, haben sich zahlreiche Nachuntersucher mit der Frage beschäftigt, und so verschieden auch die Meinungen der Autoren über das Wesen der Reaktion sein mögen und so verschieden die Schlußfolgerungen, die sie daran knüpfen, so hat sich doch eine vollkommene Übereinstimmung der Untersucher hinsichtlich des Umstandes ergeben, daß die mit der Syphilis in Beziehung stehenden Erkrankungen des Zentralnervensystems in einer großen Anzahl der Fälle ein positives Resultat ergeben, während das bei allen anderen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks niemals der Fall ist. Es ist also jetzt an der Zeit, die Fragestellung umzukehren und nicht mehr bloß danach zu forschen, ob man z. B. in einem Falle klinisch sicherer Paralyse die sogenannten Antikörper in der Spinalflüssigkeit nachweisen kann, sondern wir

[1]) Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Breslau, Direktor Professor Dr. *Boenhoeffer*. — Nach einem in der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur am 15. Mai 1908 gehaltenen Vortrag.

sind berechtigt, nunmehr gerade an die zweifelhaften klinischen Fälle heranzugehen und in dem positiven oder negativen Ausfall der Reaktion eine wesentliche Stütze für die Diagnose zu gewinnen.

In der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik machen wir fast seit einem Jahre von der Serodiagnostik Gebrauch, und ich möchte Ihnen über unsere bisherigen Erfahrungen auf diesem Gebiete berichten und ihnen an der Hand von Fällen Krankheitszustände beleuchten, in denen die Serodiagnostik von Wert, ja sogar von entscheidender Bedeutung sein kann.

Die Reaktion wurde bei 111 Krankheitsfällen teils einmal teils wiederholt angestellt, es ergab sich in Übereinstimmung mit allen bisherigen Mitteilungen, daß positiv nur Fälle reagierten, die mit Lues in Beziehung standen, alle anderen negativ.

I. Unter den positiven steht obenan die Paralyse.

Von 45 Spinalflüssigkeiten reagierten

40 positiv
3 fraglich
2 negativ

Von den letzteren fünf Fällen reagierte aber das Blutserum noch dreimal positiv, so daß die Anwesenheit der sogenannten Antikörper nur zweimal gänzlich vermißt wurde. Das entspricht einem positiven Ergebnis von $95^1/_2\%$.

Unter welchen Umständen die Reaktion gelegentlich einmal negativ ausfällt, läßt sich mit Sicherheit nicht sagen. In einem unserer Fälle waren der Untersuchung intensive Hg-Kuren vorangegangen, in einem der zweifelhaften handelte es sich um eine juvenile Paralyse, die seit Jahren stationär ist, so daß trotz der anfänglich charakteristischen Entwicklung Zweifel an der Diagnose entstehen könnten.

Zwischen dem Verhalten des Blutserums und der Spinalflüssigkeit ergab sich keine vollkommene Kongruenz, indem das erstere auch in solchen Fällen positive Resultate ergab, in denen die Spinalflüssigkeit negativ reagiert hatte. Es ergibt sich daraus, daß besonders in zweifelhaften Fällen die Untersuchung des Blutserums nicht unterlassen werden darf.

An die fast konstante Anwesenheit der sogenannten Antikörper in der Spinalflüssigkeit der Paralytiker ist bekanntlich von manchen Seiten die Vermutung geknüpft worden, daß gerade die Antikörper

es seien, welche den paralytischen Prozeß auslösen. Diese Schlußfolgerung hat aber nach dem heutigen Stand der Anschauungen wenig Wahrscheinlichkeit für sich, weil es einerseits möglich ist, durch antiluische Behandlung die Antikörper aus dem Serum zum Verschwinden zu bringen[1]), andererseits aber die Einflußlosigkeit des Quecksilbers auf die Paralyse sattsam bekannt ist.

Ob es übrigens möglich ist, durch konsequente Hg-Behandlung die Antikörper aus der Spinalflüssigkeit der Paralyse zu vertreiben, darüber liegen, soviel mir bekannt ist, noch keine systematischen Untersuchungen vor.

II. Unsere Erfahrungen über die Tabes sind, da wir Punktionen bis vor kurzem fast nur bei klinischen Patienten ausführten, gering. Es scheint aber in Übereinstimmung mit den meisten Literaturangaben, daß wenigstens die Spinalflüssigkeit der Tabiker bei weitem nicht so konstant positiv reagiert, wie die der Paralytiker.

Von fünf unserer Fälle waren drei positiv.

Dieses Verhalten ließe sich wohl am einfachsten erklären, wenn man bedenkt, daß man es bei der Tabes im Gegensatz zur Paralyse mit einem exquisit chronischen Prozeß zu tun hat, bei dessen oft jahrelangem Stillstand die Antikörper temporär aus der Spinalflüssigkeit verschwinden, beziehungsweise so stark an Konzentration einbüßen könnten, daß sie sich dem Nachweis nach der gegenwärtig angewendeten Methode entziehen.

III. Ein sehr bemerkenswertes Resultat lieferten uns wie anderen die Fälle von eigentlicher Syphilis des Nervensystems, indem eine positive Reaktion der Spinalflüssigkeit hierbei die Ausnahme zu sein scheint.

Wir verfügen bisher über acht Fälle, deren Spinalflüssigkeit durchweg negativ reagierte; das Blutserum wurde in drei derselben untersucht und zweimal positiv befunden, der dritte Fall betraf eine sehr intensiv vorbehandelte Frau.

Wir können also annehmen, daß das Blutserum sich in diesen Fällen nicht anders verhält, wie bei der Syphilis anderer Organe, daß aber die Spinalflüssigkeit sich davon in auffallender Weise unterscheidet.

[1]) Vgl. den in der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur von *Neißer* gehaltenen Vortrag.

Über die Ursache dieses Verhaltens kann man höchstens schwache Vermutungen hegen. Man könnte sich vorstellen, daß die unter dem Einfluß des syphilitischen Prozesses entstehenden Antikörper an die in großer Menge zur Verfügung stehenden Antigene verankert werden.

Leider ist es nicht leicht, die Erfahrungen darüber zu erweitern, da merkwürdigerweise Fälle von schwerer gummöser Syphilis des Nervensystems in unserem Material in einem nur kleinen Prozentsatz vertreten sind.

IV. Hierzu kommt noch eine kleine Gruppe (7) von Fällen spät latenter bezw. geheilter Syphilis, die keine organischen Symptome seitens des Nervensystems darboten.

Die Spinalflüssigkeit verhielt sich in allen diesen Fällen negativ, das Blutserum einmal positiv, einmal negativ.

Die Fälle der anderen Gruppe, 46 an der Zahl, die mit Syphilis nichts zu tun hatten, betrafen die verschiedensten organischen und funktionellen Erkrankungen des Nervensystems, mit deren vollständiger Aufzählung ich Sie nicht ermüden will.

Ich hebe nur einige Gruppen hervor, die wegen gelegentlicher differentialdiagnostischer Schwierigkeiten gegenüber den syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen von Wichtigkeit sind:

Tumor cerebri und Tumor medullae spinalis, tuberkulose Meningitis, schwere alkoholische Zustände, Hydrocephalus, Myelitis, multiple Sklerose, arteriosklerotische Erkrankungen u. a. m.

Alle diese Fälle reagierten, wie gesagt, negativ bezüglich der Spinalflüssigkeit und, soweit untersucht, des Blutserums.

Es sei darauf hingewiesen, daß sich unter diesen Gruppen solche finden, die zu lebhaftem Gewebszerfall Veranlassung geben, mit Rücksicht auf Ausführungen von *Weil* und *Braun*, welche annehmen, daß die Antikörper nichts weiter seien, als eine Reaktion des Organismus auf eigene Zerfallprodukte, also sogenannte Autoantikörper, und auf dieser Basis der *Wassermann*schen Reaktion jede Spezifizität absprechen, vielmehr das Vorhandensein solcher Körper nur als ein Reagenz für im Körper vorgehende degenerative Prozesse ansehen.

Sie sehen aber aus der oben genannten Zusammenstellung, daß degenerative Prozesse und Zerfallserscheinungen im Zentralnervensystem niemals an sich imstande sind, die Reaktion zu einer positiven zu gestalten, wenn nicht die Syphilis eine Rolle dabei spielt. Entgegen

den Einwänden aus dem Prager Institut können wir also vorläufig an der klinischen Spezifizität der Reaktion festhalten (abgesehen von Einschränkungen, welche daraus erwachsen, daß man es vielleicht mit einer Gruppenreaktion auf verschiedene Spirillenerkrankungen zu tun hat, eine Einschränkung, welche bei der Natur der in Betracht kommenden Erkrankungen die klinische Brauchbarkeit wenig tangiert).

Aus der angegebenen Gruppierung der Krankheitsfälle ergibt sich der differentialdiagnostische Wert der Serodiagnose für die Psychiatrie und Neurologie.

Er beruht einmal, wenn man die Gesamtheit der Körpersäfte, also Blutserum und Spinalflüssigkeit, in den Kreis der Beobachtung zieht, in der Möglichkeit der Trennung syphilitischer und metasyphilitischer Erkrankungen einerseits von allen übrigen Erkrankungen andererseits.

Er beruht zweitens, wenn man das Verhalten der Spinalflüssigkeit allein in Betracht zieht, in der Möglichkeit einer Unterscheidung der Paralyse und Tabes einerseits von allen anderen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks einschließlich derer, die mit Lues in Beziehung stehen bezw. bei früheren Luikern auftreten. Denn nur bei Paralyse und Tabes wurde bisher in der überwiegenden Anzahl der Fälle eine positive serologische Reaktion in der Spinalflüssigkeit gefunden, während sich die Spinalflüssigkeiten bei Lues cerebrospinalis überwiegend negativ, bei Luikern ohne aktive Erscheinungen am Nervensystem stets negativ verhielten.

Grade diese letztgenannten Gruppen möchte ich als die eigentliche Domäne der Serodiagnostik bezeichnen, weil sie es sind, in denen die Cytodiagnostik uns im Stiche läßt.

Die Cytodiagnostik, die Untersuchung des Zellgehaltes der Spinalflüssigkeit leistet ja besonders in Verbindung mit der Untersuchung des Eiweißgehaltes, wie Sie erst kürzlich aus den Ausführungen von Herrn Dr. *Chotzen* an dieser Stelle entnehmen konnten[1]), Vorzügliches, und sie ist durch die Einfachheit der Handhabung und der Beurteilung der Resultate der Serodiagnostik überlegen.

Aber Sie werden sich auch erinnern, daß die Cytodiagnostik in einer Reihe von Fällen versagen oder sogar zu einer Irreführung Ver-

[1]) Vgl. „Beitrag zur Beurteilung der differentialdiagnostischen Verwertbarkeit der Lumbalpunktion." Zentralblatt für Neurologie und Psychiatrie, 1908, Heft 8.

anlassung geben kann; diese sind es, in denen die Serodiagnostik von ausschlaggebender Bedeutung sein kann. In erster Linie kommen hier Fälle in Betracht, in welchen sich bei früheren Luikern mit oder ohne residuäre Erscheinungen des Nervensystems (z. B. Pupillenanomalien) Psychosen entwickeln, und es sich dann um die wichtige Frage handelt: Paralyse oder nicht. Hier würde man eine positive Lymphocytose nur sehr hohen Grades und auch dann nur mit Reserve verwenden können, weil aus zahlreichen Statistiken sich ergibt, daß die überstandene Lues häufig eine langanhaltende, ja dauernde Vermehrung der lymphocytären Elemente zur Folge hat.

Wir haben fünf derartige Fälle untersucht, in denen es sich einmal um einen hebephrenischen Defektzustand, einmal um *Korsakow*sche Psychose, dreimal um paranoide Zustände handelte; in zwei derselben war Lymphocytose allerdings mäßigen Grades vorhanden, die serologische Untersuchung fiel in allen negativ aus.

Von besonderem — auch forensischem — Interesse ist folgender Fall. Es handelte sich um einen 35jährigen Mann, in dessen Anamnese Syphilis und Epilepsie fehlten, der in einem Zustande traumhafter Benommenheit aufgenommen wurde. Die Pupillen waren weit und reagierten schlecht. Es bestand deutlich Lymphocytose. Es wurde mit Rücksicht darauf an Paralyse gedacht. Die serologische Untersuchung ergab aber im Blutserum und in der Spinalflüssigkeit ein negatives Resultat. Der Kranke erwachte nach Tagen aus seinem traumhaften Zustande, die Pupillen reagierten prompt. Bald darauf stellte es sich heraus, daß wegen seiner kriminellen Vergangenheit die Gerichte auf seiner Spur waren, und einige Monate darauf verteidigte er seine schlechte Sache selbst vor Gericht mit einer Geschicklichkeit, die auch den letzten auf Grund der Lymphocytose gehegten Verdacht auf Paralyse verschwinden ließ. Die Ursache der Lymphocytose blieb übrigens unaufgeklärt (wahrscheinlich doch frühere Lues).

Ebenso wird in Fällen von schwerem Koma, von Status epilepticus, besonders wenn die Anamnese fehlt oder ungenügend ist, die Serodiagnostik allein gelegentlich die Erkennung des Leidens, die Unterscheidung eines paralytischen Anfalles oder Status epilepticus paralyticus von idiopathischer Epilepsie und anderen organisch bedingten Zuständen dieser Art ermöglichen.

Lehrreich ist in dieser Richtung der Fall einer 53jährigen Frau, deren Anamnese wenig für Paralyse Charakteristisches ergab, und welche in einem Status epilepticus schwer komatös mit starren weiten Pupillen

eingeliefert wurde. Die bald darauf entnommene Spinalflüssigkeit zeigte eine nur schwache Vermehrung der Lymphocyten, hingegen eine starke Antikörperreaktion. Dieser Befund allein ermöglichte es noch bei Lebzeiten (die Kranke starb einige Stunden nach der Einlieferung) die Diagnose auf Paralyse zu stellen, welche dann durch die Obduktion bestätigt wurde.

Besonders können derartige Untersuchungsergebnisse von Nutzen sein, wenn bei solchen im Koma bezw. Status epilepticus Verstorbenen nachträglich Unfallansprüche seitens der Angehörigen erhoben werden.

Auch sonst wird die Methode gelegentlich bei der Unfallbegutachtung Fingerzeige geben können, wenn es sich z. B. darum handelt, in Fällen von Tabes und Paralyse, die mit Vorliebe auf mehr oder weniger erhebliche Verletzungen zurückgeführt werden, zu entscheiden, ob Syphilis vorangegangen ist oder nicht. Die Anamnese läßt ja aus naheliegenden Gründen grade in solchen Fällen leicht im Stich.

Der folgende Fall aus unserer Praxis kann Ihnen diese Verhältnisse illustrieren:

Ein ca. 40jähriger Mann erkrankte nach einem nicht sehr schweren Kopftrauma an progressiver Paralyse, und seine Angehörigen erhoben Ansprüche auf Entschädigung. Von Lues war weder von dem Kranken selbst, der übrigens mehrere gesunde Kinder hatte, noch von den Angehörigen etwas zu erfahren. Das Gutachten der Irrenanstalt, in dem sich der Kranke befand, sprach sich strikte für einen Zusammenhang mit dem Unfall aus, hauptsächlich deshalb, weil für die gewöhnliche Ursache der Paralyse, die Syphilis, keinerlei Verdachtsmomente zu eruieren waren. Die Berufsgenossenschaft beantragte ein Obergutachten der Breslauer Klinik und erbat auch mit Rücksicht auf den obengenannten Punkt des Gutachtens eine serologische Untersuchung. Die letztere fiel positiv aus und lieferte somit den Beweis, daß der Kranke eine luische Infektion durchgemacht hatte, das Auftreten der Paralyse ließ sich somit — übrigens auch aus klinischen Gründen — zwangloser mit dieser in Zusammenhang bringen als mit dem unbedeutenden Kopftrauma.

In mancherlei anderen diagnostischen Schwierigkeiten hat sich die Serodiagnostik als eine Stütze bewährt. Ich erwähne hier die Unterscheidung von Hirntumor und progressiver Paralyse. Der Hirntumor kann gelegentlich ein der Paralyse ähnliches psychisches Bild darbieten, wie auch der körperliche Befund zu Zeiten, wo die sicheren Symptome allgemeinen Hirndrucks noch fehlen, das gelegentliche Auftreten motorischer Reiz- und Lähmungserscheinungen beiden gemeinsam sein kann. Die Cytodiagnose läßt uns hier zuweilen im Stich, da auch bei Tumoren, zumal wenn sie die Hirnoberfläche er-

reichen, eine Vermehrung der Lymphocyten gefunden werden kann. Findet man in einem solchen Falle eine positive Serumreaktion der Spinalflüssigkeit, so ist dadurch unter Umständen sehr frühzeitig die Diagnose auf Paralyse zu stellen; findet man eine negative Reaktion, so spricht das zunächst gewichtig gegen Paralyse, und man kann dann unter Umständen durch die Untersuchung des Blutserums Anhaltspunkte gewinnen, ob ein luischer, etwa gummöser Prozeß anzunehmen ist, oder ein echter Tumor.

Jedenfalls, ehe man sich entschließt, bei einem raumbeengenden Prozeß im Schädelinneren zur Trepanation zu schreiten, wird einem jedes Hilfsmittel von Wert sein, welches gestattet, das Vorhandensein eines syphilitischen Prozesses mit einiger Wahrscheinlichkeit auszuschließen. Bisher konnte man solche Schlüsse im allgemeinen nur aus dem Erfolg oder Mißerfolg einer spezifischen Kur ziehen, welche natürlich mit Zeitverlust verbunden war. In der Unterscheidung anderer paralyseähnlicher Krankheitsbilder, besonders der alkoholischen Pseudoparalyse, mancher arteriosklerotischer Erkrankungen, gewisser auf dem Boden von Erschöpfung und Intoxikation erwachsender Zustände von der progressiven Paralyse selbst, leistet uns die Serodiagnose Ähnliches wie die Cytodiagnose.

Beispiele hierfür sehen Sie in folgenden kurz geschilderten Krankengeschichten.

1. 50jähriger Goldarbeiter M.

Seit zwei Jahren vergeßlich, erschwerte Auffassung, herabgesetzte Leistungsfähigkeit, schlechter Schlaf, nächtliche Unruhe ohne Desorientierung, stumpfes Wesen ohne stärkere Affektschwankungen, Potus seit vielen Jahren erheblich, nie Krämpfe, nie Delirium. Lues negiert.

Dementer stumpfer Eindruck, starkes Zittern der Hände und Zunge. Flattern der Gesichtsmuskeln, leichtes Anstoßen bei schwierigen Worten. Pupillen r. größer als l., nicht ganz rund, Reaktion bei konzentriertem Licht sehr schlecht, auf Konvergenz ausgiebig aber träge. Gesichts- und Armreflexe lebhaft, Patellarreflexe gesteigert. Achillessehnenreflexe positiv. Erste Diagnose Dementia paralytica plus Alkoholismus. Spinalpunktion ergibt das Fehlen von Lymphocytose und einen negativen serologischen Befund. Besserung aller Krankheitserscheinungen bei Abstinenz. Diagnose: Alkohol. Pseudoparalyse.

2. 48jähriger Zimmermann G. G. Potator.

1904 wegen Delirium tremens behandelt. Leidet an leichten Schwindelanfällen, Nachlassen des Gedächtnisses, besonders in der letzten Zeit.

Seit 6. Januar 1908 meist bettlägerig, gleichgültig, stumpfsinnig. Seit einigen Wochen demente Größenideen: will Wagen und Schiffe bauen, glaubt Millionen zu besitzen. Pupillen reagieren schlecht, sind different. Lebhafte Sehnenreflexe, Paresen der Beine, Druckempfindlichkeit der Nervenstämme, ataktisch-paretischer Gang. Fazialisdifferenz, artikulatorische Sprachstörung. Psychisch stumpfsinnig, wunschlos. Größenideen hier in bescheidenen Grenzen, Orientierung etwas ungenau. Merkfähigkeit herabgesetzt. Keine Neigung zum Konfabulieren. Kenntnisse relativ gut. Trotz der vorhandenen alkoholischen Erscheinungen ließ das Auftreten der dementen Größenideen in Verbindung mit den somatischen Symptomen an Paralyse (plus Alkoholismus) denken.

Spinalpunktion serologisch negativ (in Übereinstimmung mit der Cytodiagnose). Diagnose: Alkoholische Pseudoparalyse. Die Größenideen später vollkommen korrigiert.

3. 51 jähriger Sekretär H.

Vor vier Jahren einige Wochen nervös, Kopfdruck, Gedächtnisschwäche, Kopfschmerzen, Sprachstörung, sprach manchmal „wie irre."

Damals starker Trinker und Raucher. Bei Abstinenz langsame Besserung, wieder dienstfähig. Seit ca. ½ Jahr wieder krank, schwach. Vor drei Monaten Schmerzen im Kopf, eingenommenes Gefühl, wieder Entwicklung einer Sprachstörung. Zeitweise besser. Zunehmende Abnahme der psychischen Leistungsfähigkeit, Gedächtnisschwäche. Klagt viel über Atemnot. Lues negiert.

Von spezialistischer Seite war die Diagnose auf Dementia paralytica gestellt worden, nebenbei bestand eine chronische Nephritis. Blasses leidendes Aussehen, leichte Dyspnoe. Verbreiterung des linken Herzens, Vergrößerung und Druckempfindlichkeit der Leber. Geringe Ödeme des Unterschenkels. Viel Albumen. Schlaffer, dementer Gesichtsausdruck, leichte artikulatorische Sprachstörung, erschwerte Auffassung, zeigt sich reizbar, spricht viel, manchmal etwas durcheinander, ermüdet leicht. Pupillen vielleicht nicht ganz prompt. Reflexe vorhanden. Spinalpunktion: Lymphocytose an der Grenze des Normalen. Serologisch: Blutserum und Spinalflüssigkeit negativ. Diagnose: Urämischer Zustand.

4. 58 jähriger Schuldiener S.

Etwas reizbar geworden, sonst nicht auffallend verändert. Lues negiert. Schlaffe Gesichtszüge, Flattern im Gesicht beim Sprechen, bei schwierigen Worten Silbenstolpern, Aufmerksamkeit herabgesetzt, schlechte Auffassung, schlechtes Rechnen. Differenz der Pupillen, die vielleicht nicht ganz prompt reagieren. Leichte Differenz der Patellarreflexe. Erhebliche Arteriosklerose. Von anderer Seite Diagnose auf Paralyse gestellt.

Spinalpunktion keine Lymphocyten, Serodiagnose negativ.

Diagnose: Arteriosclerosis cerebri.

Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse, wenn es sich darum handelt,

die luischen und metaluischen Erkrankungen des Rückenmarks von anderen organisch bedingten Affektionen zu unterscheiden.

Beinahe in allen Fällen beginnender Rückenmarkserkrankungen kommt differentialdiagnostisch die Syphilis in Betracht, und ein positiver oder negativer Serumbefund wird jedenfalls bei Berücksichtigung aller anderer Momente gewichtig in die Wagschale fallen. Von besonderer praktischer Bedeutung erscheint wieder die Abtrennung gummös-luischer Prozesse von Rückenmarkstumor, die sich gewiß in manchen Fällen mit Hilfe der Serodiagnostik wird ermöglichen lassen.

Das ist im wesentlichen der Rahmen, in dem sich die Serodiagnostik in der Psychiatrie und Neurologie gegenwärtig bei uns bewegt, und in welchem sie bemerkenswerte Resultate teils schon geleistet hat, teils mit der Zunahme der Erfahrung noch zu leisten berufen ist. Im Laufe der Zeit wird vielleicht noch die eine oder andere Indikation für ihre Anwendung sich ergeben.

Wir haben auch hier nicht mit absoluten Werten zu rechnen, und die genaue klinische Beobachtung wird uns durch die Bereicherung mit diesem diagnostischen Hilfsmittel um nichts entbehrlicher gemacht, sowenig wie durch irgendein anderes diagnostisches Hilfsmittel.

Abgesehen von dem diagnostischen Wert der Serumreaktion besteht ein rein wissenschaftlicher bekanntlich darin, daß durch dieselbe die Tatsache des Zusammenhanges zwischen Tabes und Paralyse mit der Syphilis auf eine biologisch-chemische Grundlage gestellt wird. Obgleich die eigentliche Ursache der metasyphilitischen Prozesse heute noch ebensowenig geklärt ist, wie zuvor, so ist doch wenigstens eine Möglichkeit gewonnen, weiter zu kommen, nachdem alle anderen Wege, insbesondere die pathologische Anatomie, in dieser Hinsicht versagt haben.

Jedenfalls wird sich der alte Satz „ohne Syphilis keine Tabes und Paralyse" nunmehr viel einwandfreier und lückenloser beweisen lassen als zuvor. Unter den 45 Paralysen, die zur serodiagnostischen Untersuchung herangezogen wurden, hatten kaum die Hälfte eine bezüglich Syphilis positive Anamnese, während auf Grund der Serumreaktion nur in zwei Fällen Beziehungen zur Lues nicht zu erweisen waren. In dieser Hinsicht sind besonders interessant fünf Fälle von juveniler

Paralyse[1]), die im letzten Jahr in der Klinik zur Beobachtung gelangten.

1. 16jähriger Knabe B. Die Mutter hatte vorher und nachher Aborte. Pat. war bei der Geburt bis zum 12. Jahre gesund. Von da an geistiger Rückgang. Anfälle, Pupillendifferenz und Starre, lebhafte Reflexe, Babinski links. Schwere paralytische Sprachstörung. Lymphocytose. Serodiagnostisch positiv.

2. Knabe F. Vater an Paralyse gestorben. Mutter leidet an Tabes. Als Kind schwächlich, sonst gesund. Seit ca. zwei Jahren geistiger Rückgang, eigensinnig, boshaft. Entwicklung einer Opticusatrophie, Pupillen entrundet und lichtstarr, Patellarreflexe gesteigert. Achillessehnenreflexe fehlen. Leichte Ataxie. Zittern der Zunge. Sprachstörung. Paralytische Größenideen. Lymphocytose. Serodiagnostisch positiv.

3. 19jähriger Knabe P. Vater Potator. Aborte vorangegangen. Bei der Geburt gesund, erste Entwicklung normal. Vor zwei Jahren leichtes Kopftrauma. Einen Monat darauf zunehmende Verblödung. Sprachstörung, Anisokorie, Pupillenstarre, Spasmen und Ataxie der Extremitäten, gesteigerte Sehnenreflexe. Gelegentlich Größenideen. Lymphocytose. Serodiagnostisch positiv.

4. 20jähriges Mädchen W. Vater Tabes. Bei der Geburt Pemphigus. Mit 7 Jahren geistiger Rückgang. Sprachstörung, Ataxie, lichtstarre Pupillen, gesteigerte Reflexe. Seitdem ist die Krankheit im allgemeinen stationär. Gelegentlich Schwindelanfälle. Jetzt Demenz, Pupillenstarre, Sprachstörung, Ataxie, Babinskisches Phänomen. Lymphocytose. Serodiagnostisch positiv.

5. 21jähriges Mädchen A. Vater an Paralyse gestorben. Mutter Tabes. Geburt und erste Entwicklung normal. Mit 11 Jahren Kopfschmerzen und Reißen in den Beinen, damals lebhafte Patellarreflexe, differente reagierende Pupillen. Sphinkterenstörungen. Mit 13 Jahren reflektorische Pupillenstarre, Ataxie, lebhafte Reflexe, Sensibilitätsstörungen (Diagnose Tabes). Seit 3 Jahren Rückgang der geistigen Fähigkeiten; aus diesem Grund zu keiner Arbeit mehr fähig. Somatisch wie früher, leichte Sprachstörung. Lymphacytose positiv. Serodiagnostisch positiv.

Man könnte, wenn man in diesen Fällen von dem Ergebnis der Serodiagnostik absieht, im Zweifel sein, was eigentlich das Hereditäre dabei sei, die Syphilis, für die man (außer im Falle 4) keinerlei Beweise hätte; oder die Paralyse selbst. Durch die Serumreaktion wurde aber einwandfrei festgestellt, daß alle fünf Kranke latente Syphilitiker waren, und daß mithin auch für die vererbte bezw. juvenile Paralyse derselbe Satz gilt, wie für die der Erwachsenen: „Ohne Syphilis keine Paralyse."

[1]) Dieselben wurden in der Sitzung des Vereins Ostdeutscher Irrenärzte zu Breslau 1907 vorgestellt. Vgl. den Sitzungsbericht.

# Über die phantastische Form des degenerativen Irreseins (Pseudologia phantastica). [1])

Von

Dr. **Bernh. Risch**, Oberarzt auf dem Eichberg.

Seit der *Delbrück*schen Monographie, die pathologische Lüge betreffend, sind eine Reihe von Fällen von Pseudologia phantastica veröffentlicht worden, in welchen wir klinisch verschiedene Krankheitsbilder, vor allem Hysterie, dann Epilepsie und die paranoide Form des Jugendirreseins, wiederfinden. Ich hatte in den letzten Jahren Gelegenheit, eine ziemliche Anzahl Verbrecher und Verbrecherinnen mit mehr oder weniger stark ausgeprägten psychopathischen Zügen zu begutachten oder zu beobachten, in deren psychischem Krankheitsbilde die pathologische Lüge den Mittelpunkt bildete.

Die nähere Untersuchung dieser pathologischen Schwindler männlichen oder weiblichen Geschlechts zeigte, daß sie in ihrer abnormen seelischen Veranlagung sowie speziell in ihrem Charakter, Gefühlsleben und der Entwicklung der einzelnen intellektuellen Gebiete so außerordentlich viel Gemeinsames haben, daß wir in allen denselben Krankheitstypus zu erkennen imstande sind und vor allem die Abgrenzung von anderen Krankheitsbildern, z. B. der Dementia paranoides sehr leicht ist. Gerade zur Verwechslung mit der Dementia paranoides aber pflegt, wie die Erfahrung lehrt, die Neigung der Kranken zum Fabulieren zu führen. Die lügenhaften Erzählungen werden, wie bereits der so viel diskutierte und widerspruchsvoll begutachtete Fall der C. R. von *Delbrück* zeigt, fälschlich als paranoische Wahnbildung aufgefaßt. Forensisch von großer Wichtigkeit ist der Umstand, daß diese eigentlich so leicht erkennbaren seelischen Mißbildungen spät als solche erkannt werden und die Kranken daher

[1]) Aus der Bezirksanstalt Eichberg (Dir. Dr. R. *Snell*).

häufig erst nach der Ausführung einer großen Reihe von Delikten in geschlossenen Anstalten unschädlich gemacht werden. Die Beschreibung einiger etwa 6 typischer Fälle, welche ich aus der großen Zahl ähnlicher Beobachtungen herausgreife, dürfte von kasuistischem Interesse sein. Der Kürze halber will ich mich darauf beschränken, 5 Krankengeschichten ausführlicher zu bringen.

Fall I.

Gelegenheitsarbeiter A., 1882 geboren. Sohn eines Gärtners. Heredität: Bruder schwachsinnig. Mutter nervenkrank, leidet an Herzkrämpfen. Onkel erschossen. Großvater starb an Gehirnerweichung. A. in der Schule mittelmäßig begabt, erlernte kein Handwerk. Besaß keine Ausdauer, vertrug keinen Tadel und verließ bei der kleinsten Rüge die Stellung. Vielfach wegen Diebstahls vorbestraft. Gesamtstrafe 3 Jahre, 3 Monate Gefängnis. Im Gefängnis fiel er durch „Hang zur Melancholie", einen Selbstmordversuch durch Erhängen, seine vielen Eingaben und verworrene Reden auf. November 1905 aus dem Gefängnis X. entlassen und zur Erfüllung seiner Militärdienstpflicht eingezogen. Während der Dienstzeit „Eingaben, in denen Verfolgungsideen und Selbstmordgedanken zum Ausdruck kamen". Sein angebliches abenteuerliches Vorleben war den Kameraden bekannt: „Seine Erzählungsweise klang aber so bestimmt und überzeugend, daß Bedenken an der Wahrheit seiner Erlebnisse nicht auftauchten." 15. Januar 1906, Beobachtung im Militärlazarett auf seinen Geisteszustand. Dort zwei Entweichungsversuche. Der Ergreifung nach dem ersten Fluchtversuch folgte Zustand von Teilnahmlosigkeit und Äußerung von „Wahnideen". (Damit sind die später angeführten pathologischen Lügen gemeint.) Bei der zweiten Entweichung Hinterlassung eines Zettels, „auf dem Selbstmordabsicht und die ihn beherrschende Angstvorstellung ihren Ausdruck fanden". Im Februar Selbstmordversuch durch Erhängen. April 1906 in die Familie entlassen. Ausführliches Gutachten enthält die Diagnose „Dementia paranoides". Einen Monat später auf der Straße liegend aufgefunden, behauptete wegen Atemnot nicht gehen zu können. Darauf durch Vermittlung des Städtischen Krankenhauses Überführung in die Irrenanstalt. Ausführliches kreisärztliches Gutachten nimmt das Bestehen von „fixierten paranoiden Wahnideen im Sinne des Größen- und Verfolgungswahns an". Aufnahme in hiesige Anstalt am 9. September 1906. Körperlicher Status ohne abnormen Befund. A. ist zeitlich, örtlich und über seine Person orientiert, hält sich nicht für krank. Antworten erfolgen prompt. Gedankengang geordnet. Äußere Haltung ruhig. Prüfung der Intelligenz und der verschiedenen Vorstellungsgebiete (nach Fragebogen *Sioli*) ergibt befriedigendes Resultat. Kombinationsfähigkeit intakt. Schulkenntnisse nicht erheblich. Erzählt: „14 Jahre alt trat er in die Lehre zu einem

Mechaniker. Nach 1½ jähriger Lehrzeit kam er als Volontär in die A.-werke in F., wo er nach weiteren 1½ Jahren als Reklamefahrer angestellt wurde." Antworten erfolgen prompt. Die Ausdrucksweise ist kurz und klar. „Als Reklamefahrer blieb er bis zur Militärzeit, also Herbst 1905. Vorbestraft wurde er 1901 (6 Monate Gefängnis), weil er einen Mann überfahren hatte. Am 2. Januar 1906 erlitt er einen Unfall beim Turnen. Er fiel mit dem Kopf gegen zwei eiserne Stützen. Narbe blieb nicht zurück. Was weiter geschah, weiß er nicht. Vom Generalarzt Dr. K. wurde ihm später mitgeteilt, daß er kurze Zeit nach dem Fall bewußtlos gelegen habe, darauf laut geschrieen hätte, und über die Tische und zum Fenster hinausgesprungen wäre. Darauf kam er ins Garnisonlazarett und dort nach 6 Wochen und 2 Tagen zum Bewußtsein. Am 5. April wurde er aus dem Lazarett entlassen und kam ins R..... hospital zu M. Am 13. wurde er von den Eltern nach Hause geholt. Nach den Osterfeiertagen übernahm er wieder die Stellung als Chauffeur. Am 9. Mai bekam er in einem Restaurant Streit mit seinem früheren Feldwebel. Er schlug letzterem ein Glas auf den Kopf, kam darauf ins R..... hospital und am 10. Juli nach H. ins Krankenhaus, wo er bis zu seiner Überführung nach hier verblieb." Als ihm die Auskunft der A..... werke, in denen er nie angestellt war, vorgehalten wird, schüttelt er erstaunt den Kopf und gibt an, er habe Streit mit dem dortigen Geschäftsführer gehabt. Darauf könne vielleicht die falsche Auskunft zurückzuführen sein. 16. September 1906. Wird nochmals aufgefordert, sein Erlebnis als Chauffeur und Reklamefahrer zum besten zu geben. A. fügt den gestern geschilderten Vorkommnissen eine Unmenge von Details hinzu. Er erzählt, wie er beim Kommerzienrat X. in B. (anscheinend eine ihm dem Namen nach bekannte Persönlichkeit) angestellt war. Herr X. war Potator. Patient schildert in lebhafter Weise und mit so feinen Details den Charakter des Herrn, dessen Lebensweise, verschiedene Auftritte mit ihm usw., daß auch ein anwesender Kollege durchaus den Eindruck völliger Glaubwürdigkeit erhält. Herr X. ist Potator, benimmt sich abends oder nachts, wenn er von Zechgelagen heimkehrt, in sonderbarer Weise. Subtile Schilderung der Details, auf welche der Kürze wegen nicht eingegangen werden soll. Am nächsten Morgen pflegen bei dem X. dann Erregungen, Verschrobenheiten aufzutreten. Er schläft bis in den Tag hinein. Wird er durch Zufall früher geweckt, so tritt Reizbarkeit bei ihm auf. „Er brüllt aus dem Fenster nach dem Chauffeur", verlangt sofortiges Vorfahren des Automobils usw.

Einen derartigen Auftritt schildert A. folgendermaßen: X. verlangte wieder in betrunkenem Zustande eine Fahrt nach F. Die Fahrt ging ihm nicht schnell genug. Als A. über das gesetzlich vorgeschriebene Tempo nicht hinausgehen wollte, kam es zu Konflikten. X. versetzte dem A. im Affekt einen Schlag. A. bremste und verlangte, daß X. sofort aussteigen solle. Schließlich gab X. ihm zur Versöhnung 20 M. Nach

kurzer Weiterfahrt wünschte X., einer verschrobenen Laune folgend, anstatt nach F. nach W. zu fahren. Sie fuhren nach W. Dort fuhren sie vor dem Hotel „N..... er Hof" vor. X. stieg aus. Er verlangte von A., daß letzterer dreimal um ein vor dem Hotel gelegenes Rondell fahren sollte. A. weigerte sich. Das wäre ein unsinniges Verlangen. (Das nur durch Potus zu erklären sei, fügte er dem Arzte gegenüber hinzu.) Es kommt wieder zum Konflikt. Schließlich geht die Fahrt nach F. Sie fahren bei den A..... werken vor. Dort läßt X. den A. warten und verlangt den Direktor zu sprechen. Bei dem Direktor bringt er eine Beschwerde über das renitente Verhalten des A. vor. Der Direktor erklärt ihm, wie A. später aus dessen eigenem Munde erfahren hat, daß die Anforderungen, die Herr X. an den A. gestellt hat, unberechtigt und unzulässig seien. Das Automobil wird von der Firma wieder zurückgezogen usw. Herr X. ist übrigens wegen zu schnellen, rücksichtslosen Fahrens wiederholt mit Polizeistrafen bestraft. Manche Chauffeure geben sich auch dazu her, da sie reichlich dafür bezahlt werden. Er, A., wäre nie auf solchen Unfug eingegangen.

In ähnlicher Weise kurz und prägnant jedes Detail schildernd, erzählt A. eine Reihe von Vorgängen aus seiner Tätigkeit als Chauffeur. Er schildert verschiedene Unglücksfälle, die ihm leider passiert seien, trotz vorsichtiger Handhabung der Steuerung. Aber man wäre doch schließlich gezwungen, die Steuerung dem Käufer des Automobils in die Hand zu geben, wenn letzterer wochenlang mitgefahren sei und die Technik leidlich beherrsche. Und dann kämen die Leute in Erregung. Sie könnten nicht schnell genug fahren. Viele besäßen auch nicht die Fähigkeit schnell zu bremsen; sie denken zu lange. Bis sie den Entschluß zum Bremsen gefaßt hätten, wäre das Unglück leider schon geschehen, ohne daß der Chauffeur etwas dafür könne. Dazu käme die Neigung zum Trinken. Die unvermeidliche Staubentwicklung auf der Chaussee erregt einen oft unbezwinglichen Durst bei Automobilfahrten. So sehr er auch als Chauffeur gewarnt habe, es wäre immer zu viel getrunken worden. Und dann geniere man sich den reichen und feinen Leuten gegenüber so entschieden aufzutreten, wie man eigentlich müsse. Dadurch kämen die vielen Unglücksfälle zustande.

Zufälligerweise waren in dieser Zeit mehrere schwere Unglücksfälle bei Autofahren in unserem Regierungsbezirk vorgekommen, weil einige kuragierte Autofahrer jede Rücksicht beiseite zu lassen pflegten. Zwei Todesfälle waren durch eine Person, einen jungen, reichen Herrn im naheliegenden Orte veranlaßt. Daher erschien alles, was A. erzählte, durchaus glaubwürdig. Alle Fragen, welche von mir hin und wieder eingeworfen wurden, beantwortete A. prompt und mit täuschender Sicherheit. Er beschrieb dann verschiedene Unglücksfälle, wegen deren er in Anklagezustand versetzt worden sei, und schilderte die Zeugenaussagen bei den betreffenden Gerichtsverhandlungen. Er wurde freigesprochen,

weil er bestimmte Nachweise zu liefern vermochte, durch welche er sich sicher gestellt hatte. In einem Falle konnte er dem Drängen des Kunden, der um jeden Preis selbst und mit einer unzulässigen Geschwindigkeit fahren wollte, nicht widerstehen. Der Betreffende hatte ihm eine Geldbelohnung versprochen, war schließlich im Affekt sogar tätlich gegen A. geworden. A. ließ ihn darauf unterschreiben, daß Z. ihn zur Abgabe der Steuerung gezwungen hätte und jede Verantwortung übernehme. A. blieb nur zum Schutz im Automobil, um im Notfall helfend einzugreifen. Kurz und gut, es kam zu einem Unglück. Das Auto stürzte um. Zwei Damen wurden leicht, Herr Z. schwer verletzt. A. kam glücklich mit einigen Schrammen davon usw. Im Auftrage seiner Firma machte er weiterhin Touren als Reklamefahrer und beteiligte sich bei solcher Gelegenheit an einem Rennen mit dem Endpunkte P. In P. knüpfte er ein Verhältnis mit einem jungen Mädchen an, das ihm später nach B. folgte. Er sagte sich von ihr los, als er sie auf einer Untreue ertappte usw.

Er schildert alle Details, wie der Verdacht einer Untreue seiner Geliebten schon einige Zeit vorher in ihm wachgerufen wurde. Er erzählt, wie ihn das aufgeregt hat, und sucht die Affekthandlung, die er begangen hat (er hat den Verführer der Geliebten körperlich schwer mißhandelt und verletzt), durch seine Erregung zu entschuldigen usw. Seine Eltern sind infolge dieser Liebschaft, die sie nicht billigten, und infolge der Verschwendung, zu welcher A. durch die Geliebte veranlaßt wurde, mit ihm zerfallen. Er bedauert diese Vorgänge, bereut sein Verhalten den Eltern gegenüber und hofft auf Verzeihung. Alle Bemerkungen, welche Urteile über die geschilderten Vorgänge enthalten, sind treffend, zeugen von einem klaren Urteil. Es ist der Gedankengang eines Menschen von gesundem Verstand, der richtig und gut zu handeln bestrebt ist. Niemals stoßen wir dabei auf Überschwenglichkeit oder sittliche Entrüstung, die gekünstelt erscheinen könnte. Natürlicher kann man nicht reden und seinen Gedanken Ausdruck geben, wie es A. tut. Und doch ist kein Wort von all den Geschichten wahr. Sie sind von A—Z erfunden. A. ist niemals in seinem Leben Auto gefahren und hat keine Ahnung von der Bedienung, dem Bau desselben. Bei den A..... werken war er nie angestellt, auch nicht bei einer anderen Automobilfabrik. Er ist Gelegenheitsarbeiter, der kein Handwerk erlernt hat, aber auch zu keiner dauernden Arbeit in einer Fabrik imstande ist. Er arbeitet vorübergehend, wenn er irgend eine Arbeit findet, und verlebt den größten Teil des Jahres im Gefängnis, wohin er infolge der wiederholten Diebstähle immer wieder gerät. — 17. September. Auf Befragen behauptete Pat. gestern plötzlich von seinen ganzen Chauffeurerlebnissen nichts zu wissen. Er glaube Ref., wenn letzterer ihm versichert, daß er (Pat.) solche merkwürdigen Geschichten erzählt habe. Er selbst vermag sich der ganzen Erzählung nicht zu erinnern. Mit anderen Worten, er behauptet Amnesie für die Vorgänge zu haben, soweit dieselben sich auf seine romanhaften Erzählungen beziehen. Für

alles andere, was er hier erlebt hat, besteht aber keine Amnesie. Das spricht denn doch sehr gegen einen andern Bewußtseinszustand, in welchem sich der Kranke bis gestern befunden haben müßte. — 2. Oktober 1906. Hat wenig geboten und meist still dagelegen. Seit einigen Tagen äußert er Verfolgungsideen (es sei Gift im Essen, ein Frauenzimmer habe ein Interesse daran, ihn zu töten), denen er in einem Briefe vom 28. September auch Ausdruck gibt. — 8. Dezember 1906. Patient hat in letzter Zeit ein ganz anderes Verhalten an den Tag gelegt. Er ist freundlicher, guter Stimmung. Arbeitet sehr fleißig auf der Abteilung und ist dort sehr verträglich. Von einer Besprechung von früheren Behauptungen wird zurzeit noch abgesehen. — 10. Februar 1907. Sehr fleißiger, ruhiger Arbeiter, hat bei den Festen, an denen er teilgenommen hat, sich ordentlich benommen. — 4. April 1907. Entwich gestern Abend mit einem Mitpatienten. — 9. April 1907. Wird wieder eingeliefert, nachdem er in zwei Fällen in genau derselben Weise wie früher Diebstähle versuchte und ausführte. Unter dem Vorgeben, als Elektrotechniker Arbeiten in den Wohnungen ausführen zu wollen, kam er zu den Leuten und versuchte zu stehlen. — 15. Mai 1907. Verhält sich ruhig und geordnet. Über die nach seiner Entweichung verübten Delikte ist er anscheinend orientiert. Er versucht die Hauptschuld auf den Mitkranken zu schieben, den er mitgenommen hat. — 8. Mai schreibt er, nachdem er sich Papier ausgebeten hatte, einen Lebenslauf, in welchem er seine früheren romantischen Erlebnisse nicht berührt, aber wieder über neue Liebesabenteuer berichtet. Die Prüfung des Intellektes und der Begriffe und elementaren Urteile ergibt dasselbe Resultat wie früher. Die Fragen des bekannten *Siol*ischen Fragebogens werden meist richtig beantwortet. — 25. Mai 1907. Schreibt an die Direktion und bittet um Arbeit. Brief enthält folgenden Passus: „Meine Ansicht ist die, daß § 51 des B.St.Gb. nicht zur Anwendung kommen kann, indem ich bei Begehung sämtlicher strafbaren Handlungen meine freie Willensbestimmung besessen habe, wòdurch meine strafrechtliche Verfolgung nicht ausgeschlossen ist; sollten die Herren Ärzte ein anderes Urteil darüber fällen, so muß ich als Laie mich diesem Gutachten anschließen, jedoch möchte ich die Herrn bitten, dabei sehr vorsichtig zu Werke zu gehen."

Wie aus vorstehender Krankengeschichte hervorgeht, ist A., der sich zurzeit noch in hiesiger Anstalt befindet und fleißig in der Korbflechterei arbeitet, ein erblich belasteter Mensch, der keinen gröberen Intelligenzdefekt aufweist, aber seit früher Jugend diejenigen psychopathischen Züge zeigt, welche für das Krankheitsbild der geistigen Entartung charakteristisch sind. Das Wesentliche im Krankheitsbilde, das der Kranke geboten hat, ist neben einer eigenartigen degenerativen Charakterveranlagung die krankhaft gesteigerte Phantasie, aus welcher die Fabuliersucht, die Neigung zur Erfindung der seltsamsten Erzählungen entspringt. A. ist renommistisch veranlagt und ein Wichtigtuer, er hat

einen im Verhältnis zu seiner geringen Bildung auffallend guten Stil, zeigt in seinen Briefen wie auch in seinen Reden einen logischen Gedankengang und eine solche Fähigkeit zur Produktion romanhafter Schilderungen und Darstellungen, daß man geradezu von dichterischer Begabung bei ihm sprechen kann. Dabei finden wir bei ihm charakteristische Stimmungsanomalien. Übrigens macht A. keineswegs einen redseligen oder exaltierten Eindruck. Er zeigt im Gegenteil meist ein ruhiges und zurückhaltendes Benehmen. Er erzählt seine lügenhaften Erzählungen mit so treuherzigem Gesicht ohne eine Spur von Übertreibung, daß es völlig unmöglich wird, zu unterscheiden, ob er lügt oder die Wahrheit spricht. Seine novellistischen Ergüsse wurden anfangs für wahr, später für ein Wahnsystem gehalten.

Fall II.

Als zweiter Fall soll die Krankengeschichte eines vielfach vorbestraften Verbrechers, des 48jährigen Dichters und Journalisten B., angeführt werden, der vor kurzer Zeit von mir beobachtet und nach Zubilligung des § 51 zur weiteren Behandlung hiesiger Anstalt zugeführt wurde. Hereditär: Großvater mütterlicherseits an Trunksucht zugrunde gegangen. Zwei Schwestern hysterisch, haben beide dreimal unehelich geboren. Nach Besuch der Präparandenanstalt in W. bestand B. die Aufnahmeprüfung im Lehrerseminar nicht. Er war als Schüler nicht fleißig, las aber viel. Hatte plötzliche Passionen, einmal Schriftstellerei, dann Jagdgeschichten, dann wollte er an eine Bibliothek usw. War stets sehr erregbar. 1885 war er in X. Lehrer. Er heiratete dort. Die Ehe wurde 1888 wegen Ehebruchs des B. geschieden. Er hatte verschwenderisch gelebt (Ehescheidungsakten) und versucht, sich in den Besitz des Vermögens seiner Frau zu setzen, um ein luxuriöses Leben führen zu können. Den Lehrerberuf hatte er aufgegeben und als „Kaufmann" vom Gelde seiner Frau gelebt; er wollte eine „Aromatikfabrik" bauen, „eine Molkerei" errichten usw., obgleich er nichts davon verstand. Am 2. August 1892 wurde er in E. wegen Betrugs in mehreren Fällen und einer schweren Privaturkundenfälschung zu 1 Jahr, 5 Monaten Gefängnis verurteilt. In der Urteilsbegründung heißt es unter anderem: „Darauf mietete der Angeklagte in der N.... straße zu E. ein einzelnes Zimmer, ließ einen Stempel „J. M. Verlag E." anfertigen und erließ in verschiedenen Zeitungen Annoncen, in welchen vom J. M. Verlag ein kautionsfähiger Kassenbote gesucht wurde. Das auf diese Weise in Szene gesetzte „Verlagsgeschäft" bestand darin, daß einige Probenummern der von dem Angeklagten selbst zusammengesetzten Zeitung „Th." und ebenfalls einige Probenummern des „K." — die Aufzählung einiger Firmen enthaltend — gedruckt und versandt wurden, und daß der Angeklagte bei seinem ein Sattlergeschäft betreibenden Hauswirt auf Borg einen ledernen Ranzen anfertigen ließ, in welchem die etwa später entstehenden Nummern der „Th." und des „K." zum kolportageweisen Vertrieb gelangen sollten.

Daraufhin engagierte Angeklagter den p. G. als Kassenboten, nahm dessen Sparkassenbücher an sich und stellte einen mit „B." per Prokura J. M.s Verlag unterschriebenen Depositenschein aus usw." Den Inhalt der Sparkassenbücher verbrauchte er für sich. 1896 und 1897 Verurteilungen wegen Betrugs und Urkundenfälschungen zu einer Gesamtstrafe von 2 Jahren und 7 Monaten Gefängnis. 1900 wegen Betrugs zu 2 Jahren, 14 Tagen Zuchthaus. 1897 trat er als Professor Dr. X., Gymnasialoberlehrer auf, der einen Erbschaftsprozeß führte (Objekt 28 000 M.), verübte Zechprellereien im Hotel und im Restaurant, betrog eine Kellnerin, ließ sich Gästen im Restaurant vorstellen, legitimierte sich durch gefälschte Papiere und versuchte einen Gast im Restaurant um einen hohen Geldbetrag zu beschwindeln usw. Weiterhin bestellte er in einem Geschäft einen Jagdanzug usw. Sein Auftreten war vornehm. Nach seiner Verhaftung fabulierte er bei der Vernehmung lebhaft weiter. Immer neue Erfindungen wurden produziert. Sein Vermögen bestehe in dem Werte seiner schriftstellerischen Arbeiten usw. Hingewiesen mag darauf werden, daß bestimmte Fabulationen (die zu erwartende Erbschaft im Auslande, die reiche Dame, die ihm Geld schuldet, schriftstellerische Arbeiten für Zeitungen, denen er völlig unbekannt ist, oder die gar nicht existieren) sich bei jeder neuen Schwindelei des Beklagten wiederholen. Wie aus den Strafakten ersichtlich ist, trat Juni 1897 in dem Lügengewebe des Beklagten zum erstenmal der imaginäre Graf X. aus Rußland und die mit letzterem unternommene Weltreise hervor. Auf einer Postkarte nannte er sich Graf von X., königlicher Forstassessor, und bestellte bei einer K.er Firma ein Jagdgewehr im Werte von 327,30 M. Der Wortlaut der Postkarte ist: „Ew. Wohlgeboren würde ich sehr verbunden sein, könnte ich zwecks Ankaufs vorläufig einen „Neuesten Selbstspanner", Dreilauf 16-11 mm (Kruppscher Stahl), 320 M. Preis, zur Ansicht erhalten. Gewehr müßte sich allerdings auch zur Hochgebirgsjagd (Gemse) eignen, darf also nicht sehr empfindlich sein! Bitte bei Stattgabe um recht baldige Erledigung. Hochachtungsvoll (gez.) Graf von X., Königl. Forstassessor. P. S. Dreilauf wie in „Deutscher Jagdzeitung" empfohlen, System Aucon & Daly. —"

Die Firma C. sandte auf Grund dieser Postkarte ein Gewehr nebst Zubehör zum Preise von 327,30 M. an die angegebene Adresse ab.

Zu derselben Zeit scheint er seine phantastische Weltreise auch andern Personen zum Besten gegeben zu haben. Einem gewissen K., bei dem er einen ähnlichen Gewehrschwindel versuchte, wie bei der vorgenannten K..... er Firma, schrieb er aus K. gleichfalls eine Karte als „von X.". Er kündigte in derselben seine Ankunft in B. an. Damals war der Graf X. nur Forstbeamter in Rumänien, während er später Russe und schließlich ein kaukasischer Offizier aus fürstlicher Familie wurde. Die mit „von X." unterzeichnete Karte hat der p. B. übrigens zugegeben selbst geschrieben zu haben.

Von seinen alten Erfindungen produzierte er bei dieser Gelegenheit auch die geheimnisvolle Dame, die ihm Geld (dieses Mal 600 M.) schuldete. Neu war ein Theaterdirektor W. in Z., der als Schuldner von 3000 Frks. fungierte. Er ging soweit, auch die mysteriöse Schuldnerin mit Namen zu bezeichnen. Es ließ sich selbstredend sogleich feststellen, daß seine Behauptung unwahr war. Er behauptete übrigens sogar, gegen Frl. R. vorgehen zu wollen, und suchte sich in den Besitz angeblicher Schriftstücke zu setzen, vermittelst deren er den Beweis für seine Forderung an Frl. R. erbringen wolle.

Die Staatsanwaltschaft ersuchte ihn, Beweise für die Existenz des imaginären Grafen X. zu beschaffen. Die Folge davon war, daß Pat. eine Menge neuer Tatsachen zusammenfabulierte, welche seine Beziehungen zum Grafen beweisen sollten. —

Am 17. Mai 1902 wurde er aus dem Zuchthaus entlassen. Wenige Wochen nachher, etwa im Juli 1902, lernte er seine zweite Frau kennen. In der weiteren Darstellung folge ich den mündlichen und schriftlichen Mitteilungen der Ehefrau.

Soviel letzterer bekannt ist, versuchte er damals durch Beschäftigung mit Holzbildhauerei seinen Lebensunterhalt zu erwerben. Er erzählte von seiner schriftstellerischen Tätigkeit usw., wußte ihr, wie es scheint, auch sonst durch seine renommistischen Erzählungen und sein selbstbewußtes Benehmen zu imponieren. Jedenfalls gelang es ihm, seine Braut im Dezember 1902 zur Herausgabe eines Kapitals zu bewegen, mit welchem er ein sogenanntes „Bildergeschäft" in M. begründete. In seine geschäftlichen Manipulationen gestattete er ihr keinen Einblick. Dezember 1903 war es mit dem Geschäfte resp. mit dem Gelde seiner Braut zu Ende. Dezember 1903 heiratete sie den Beklagten, der wieder voll großer Pläne war und dieselben anscheinend auf Kosten seiner Schwiegereltern zu verwirklichen suchte. In M. hatte er, soviel der Frau bekannt ist, nur Bücher geführt. Verkaufen ließ er durch einen Reisenden, den er engagiert hatte. Als die Braut Ende 1903 nach M. kam und etwas Einblick in das Geschäft zu bekommen suchte, war von einem Geschäftsgange nichts zu spüren.

Der M.er Bilderhandel scheint dem E.er Verlagsgeschäft des Beklagten sehr ähnlich gewesen zu sein. Als die Ehe geschlossen wurde, war die Frau jedenfalls durch den Beklagten um mehrere tausend Mark (ca. 4000 M.) geschädigt.

Oktober 1904 siedelte B. nach W. über. Mai 1906 erfolgte die Denunziation gegen ihn wegen Betrugs. Als Patient von derselben hörte, bekam er Nervenanfälle. „Er fiel zu Boden, sein Gesicht verzerrte sich." Etwa viermal wiederholten sich die Anfälle. Einmal trug er infolge des Falls einen blauen Fleck auf der Stirn davon. 3—4 Wochen lag er zu Bett. Dann besserte sich sein Zustand. Das Sprechen griff ihn so an, daß „er abwinkte" und man fortgehen mußte.

Bis dahin hatte er angeblich so viel verdient, daß sie davon leben konnten, d. h. er lebte vom Verkauf der Bilder, die er mit den Mitteln seiner Frau gekauft hatte. Einblick in die Art seiner Geschäfte gestattete er nicht. Über die Höhe des Gesamtbetrages, um welchen die Ehefrau geschädigt ist, ist die Frau sich daher nie klar geworden.

Zu Pfingsten 1906 zog er nach F. und mietete ein möbliertes Zimmer. Über sein Verhalten in F. geben die Aussagen der dortigen Zeugen (Bürgermeister) usw. Aufschluß. Seine Gemütsverfassung betreffend gibt die Ehefrau folgendes an:

Patient war, seitdem sie ihn kennt, sehr reizbar, erregt, schimpfte immer über die Polizei und Jesuiten. Er machte Pläne, die er nicht ausführen konnte. Dabei duldete er keinen Widerspruch. Er spricht viel, ist sehr leicht niedergeschlagen oder exaltiert, überhaupt auffallendem Stimmungswechsel unterworfen. Er liebt zu renommieren. So renommierte er noch kurz vor seiner Verhaftung den Schwiegereltern gegenüber mit seinen Einnahmen: „Wenn er die Bilder teuer verkauft hätte, wolle er sich zur Ruhe setzen." Nachts lag er viel wach. Er schlief morgens lange und stand oft erst um 12 Uhr mittags auf. Er hatte stets die Neigung, Geschenke zu machen und „die Leute zu traktieren". Eine Anstellung suchte er nie. Er wäre auch unfähig gewesen, unter einem Vorgesetzten zu arbeiten, da er von sich selber sehr eingenommen war und sich nicht zu fügen vermochte. Nachts sprang er oft plötzlich auf, zündete Licht an und durchsuchte mit einem Revolver in der Hand seine Wohnung. Er legte sich nachts stets einen Revolver zur Hand, meist auf einen Stuhl oder unters Kopfkissen, und behauptete häufig: „Es wäre jemand im Zimmer, er hätte was gesehen." Er gab an, vor längeren Jahren seine verstorbene Mutter am Tage gesehen zu haben.

Seit seiner Verheiratung hat Patient sich schriftstellerisch nicht betätigt, abgesehen von den Lyrischen Flugblättern. Ob er jemals Dramen geschrieben hat, darüber weiß sie nichts Positives. Sein Gedächtnis war stets schlecht. Er rechnete auffallend unsicher. Die Angaben der Ehefrau werden durch die Zeugenaussage des Herrn G. in O. bestätigt. Auf letzteren machte der Beklagte einen „verrückten Eindruck". Dr. St. in W., der dem Kranken Bilder abgekauft hat, gibt an, daß er über ihn immer gelacht habe; „bald hatte er einen echten van Dycks für 100,000 M., bald einen echten Rafael. Wir waren überzeugt, daß sie nicht echt waren. Erst nannte er sich Schriftsteller, der einen vererbten Bilderbestand los werden wollte, dann spielte er sich als Bilder- und Antiquitätenhändler aus."

Aus den Protokollen der Zeugen aus F. ist folgendes ersichtlich:

Pat. wollte sich ein Haus bauen, einen Fischteich, Himbeer-, Brunnenkressenkulturen usw. anlegen, eine elektrische Bahn durchs W.-tal bauen. Er wollte den Ort heben. Durch den Bürgermeister des Orts ließ er „die Gemeindevertretung zusammenrufen". Er führte aus, daß er sich hier ansässig machen wollte, er habe ein Berliner Korsortium an der Hand.

Er wolle 10 Morgen Land kaufen, ein Bild für 250,000 M. verkaufen und dann seine Ruhe haben. Die Gemeinde stellte ihm darauf einen Schießstand. „Er hat auch abgesteckt und andere Leute umsonst daran schaffen lassen und ihnen nur Kognak und Grog gegeben. Er hat auch dem Kriegerverein 15 Gewehre geschenkt, eine Trommel und ein Moltkebild." Letzteres hat seine Frau zurückgeholt. Wie die Ehefrau angibt, sind selbstredend die geschenkten Gewehre nicht bezahlt.

Am 25. Januar 1907 wurde er in Schw. verhaftet und nach D. überführt. Nach seiner Freisprechung wurde er nach W. verbracht und am 24. April 1907 der Irrenanstalt E. zur Beobachtung auf seinen Geisteszustand überwiesen.

Es wird ihm zur Last gelegt, Bilder falsch signiert zu haben. Er bestreitet entschieden, sich eines Betrugversuchs schuldig gemacht zu haben. Er hat die Bilder, welche gefälschte Signa tragen, als echt gekauft und ist von ihrer Echtheit überzeugt. Körperlicher Status ohne abnormen Befund.

1890 zog er nach B., um die Träger der jung-deutschen Richtung kennen zu lernen. Er war unbefriedigt von der Bekanntschaft der „Jungdeutschen". Es waren moralisch verkommene Leute, und was sie schrieben, deckte sich nicht mit ihrem Lebenswandel.

1889 veröffentlichte er das Drama „Thronfolger und Jesuit". Das war in Österreich verboten, weiterhin „den Schulze von Gabelbach", ein Volksstück, das sich gegen die Sozialdemokraten richtet und zurzeit 1870/71 spielt. „Der Kaiser und die Kaiserin ließen mir schriftlich durch den Hauptmann v. F. ihren Dank sagen hinsichtlich der patriotischen Gesinnung in dieser Arbeit. Das Stück ist vielfach aufgeführt."

„1890 schrieb ich ‚Daschkow', Drama, das in P. zur Aufführung gelangte, aber verboten wurde. Dieses Manuskript ist mir gestohlen worden. In Z. wurde es im II. Stadttheater aufgeführt."

„1894 schrieb ich ‚Revolution zum ewigen Frieden' (wurde nicht aufgeführt und in Rußland verboten)."

„1894 erschien eine Sammlung deutscher Gedichte ‚Unter deutschem Banner'.

Weitere Dramen und Lustspiele von ihm sind: „Die neue Lehre. Drama", erschien 1905 in L. unter Pseudonym „Hans von Hansen".

„Ein toller Streich", Lustspiel 1904.

„Der Verfluchte", Drama unvollendet, angefangen 1899.

„Lützows wilde, verwegene Jagd", Bühnenfestspiel 1890.

„Lyrische Flugblätter für das deutsche Volk", Zyklus von Gedichten 1903.

„Bis 1901 lebte ich in E. als Redakteur der Wochenschrift ‚Th. K. Chr.', dann hab ich für literarische Bureaus gearbeitet, kleine Erzählungen, pädagogische Aufsätze usw., ich war Mitarbeiter vom ‚Waidmann' in B."

„1891 verurteilt zu 1 Jahr, 6 Monaten wegen Betrugs."

Wie war die Sache eigentlich? — „Ich weiß nicht genau, wie das eigentlich zugegangen ist. Es ist manchmal, als wie wenn alles ausgelöscht ist." Schließlich gibt er an: „jetzt weiß ich es, Herr Dr., ich habe Kautionsgelder, die von einem Arbeiter gestellt waren, angegriffen. Diese Gelder habe ich nicht für mich verwendet, sondern für Drucken und sonstige Kosten im Interesse des Verlags. Dann hieß es, es wäre gar kein Verlag dagewesen. Erst nach der Verurteilung kamen die Beweisstücke zum Vorschein, welche bewiesen, daß der Verlag existierte usw. Darauf habe ich eine Wiederaufnahme eingeleitet und wurde freigesprochen. Im Gefängnis erkrankte ich. Auf Grund des Freispruchs in dem einen Fall gestattete mir das Oberlandesgericht in N. die Wiederaufnahme der übrigen Fälle. Wegen Krankheit versäumte ich die siebentägige Frist. Mein Rechtsanwalt verstand nicht mein Interesse zu wahren. Der Landrichter, der meine Zeugen im Wiederaufnahmeverfahren vernommen hat, der schickt mir einen Beschluß, der zu meinen Ungunsten lautet, der nicht das konstatierte, was der Zeuge ausgesagt hatte. Es war eine direkte Fälschung der Aussage. Ich appellierte an das Oberlandesgericht nach N., und da wurde mir mein Recht. Mein Gnadengesuch vom Gefängnis aus wurde mir abgelehnt. Da hat man mich abscheulich in E. behandelt. Wegen Fluchtversuchs bekam ich 14 Tage strengen Arrest. Ich habe bei Wasser und Brot, ohne Lagerstätte geschlafen. Ich habe Rheumatismus bekommen usw. usw. Darauf ging ich ins Ausland nach Z. und habe dort im Verlag „O. F." gearbeitet, ich bearbeitete den Inseratenteil für die „Alpina" und „Schweizer Lehrerzeitung". Dann wurde er Reisebegleiter bei dem Grafen X. Mit letzterem reiste er nach Marseille, Togo. In Port Elisabeth lag er ¼ Jahr krank. In Sandoris traf er wiederum den Grafen und bereiste mit ihm den Kongo, den Nebenfluß des Kongo. Patient hat einen Elefanten erlegt, auch Flußpferdjagden mitgemacht, aber selbst keins geschossen. Dann gingen sie nach Kapland, Ceylon und weiter nach Kalkutta. In Pandschab etwa ½ Jahr gelebt. Auf der Insel Soko in der Mündung des Ganges machte er eine Tigerjagd mit. Der Tiger drang am Tag in ihre Hütte ein. Der Graf war in seiner Begleitung und derjenigen von vier Matrosen gelandet. Er schoß vom Boot aus auf einen Tiger, der halb im Wasser stand. Während die Gesellschaft sich in einer Hütte Kaffee kochte, drang ein Tiger ein und verletzte einen Matrosen tödlich. Der Graf schoß, wurde aber auch verletzt. Schulter und Oberschenkel waren zerfleischt. Einem Matrosen gelang es, den Tiger durch einen Messerstich vollends zu töten.

Die Reise, welche vom Pat. ausführlich geschildert wird, dauerte etwas über zwei Jahre. Es wurden später, nachdem der Graf ausgeheilt war, die Vorberge des Himalaya bereist und im Juli 1896 die Heimreise angetreten.

Pat. weist darauf hin, daß der Graf sich um gar nichts bekümmerte. Wenn Pat. also etwas hätte veruntreuen wollen, hätte er das leicht tun

können. Denn etwa 100 000 Frks. wurden während der Reise verausgabt und gingen zu einem großen Teil durch die Hände des Exploranden.

Nach der Reise hielt er sich zu seiner Erholung in T. bei B. auf unter dem Namen „B.", Papiere hatte er sich in Z. verschafft. Als Grund dafür führt er an, daß er die polizeilichen Recherchen zufolge seiner Vorstrafen fürchtete.

Er beabsichtigte, sich in M., wo er Beziehungen hatte, niederzulassen.

„Von Oe. aus schwebten Recherchen wegen meines Dramas „Thronfolger und Jesuit" und wegen des Grafen X. Ich wäre wegen Preßvergehen verurteilt worden, da das Drama sich gegen den Thronfolger richtete." Die Polizei bekam seinen Namen heraus, weil die Postsachen unter seinem wirklichen Namen eingingen. Er wurde verhaftet und wegen Betrugs zu 6 Monaten Gefängnis (in A. verbüßt) verurteilt. Nach der Entlassung aus dem Gefängnis ging er nach B. Dort traf er den Grafen X. Im Auftrage von letzterem besorgte er die Doppelbüchse. X. wollte sie auf der Rückreise besichtigen. Patient verpfändete die Büchse, da er sich in Notlage befand. Er wurde verhaftet und zu zwei Jahren Zuchthaus verurteilt.

(Wer verfolgt Sie?) „Der Jesuitenorden." (Beweise!) „Ja, da hab ich Beweise. ‚Die neue Lehre' war in W. zur Premiere eingereicht 1904. Da bekomme ich eine Preßnachricht von H., das Stück soll nicht aufgeführt werden, weil konfessionelle Unruhe entstehen würde. Man hat es mir dann abgelehnt. Die H. Nachrichten sind dann für mich eingetreten." In G. lernte er seine zweite Frau kennen, welche „im Hotel z. A." die Küche führte. Mit den Mitteln seiner Braut, 9000 M., gründete er ein Bildergeschäft in M. in W. „Da hab ich die Polizei auf den Hals bekommen, die Polizei hat meine Vorstrafen dem Publikum bekannt gegeben und mich geschäftlich ruiniert. Ich war Mitglied vom Kreditreformverein usw." Am 23. Dezember 1903 heiratete er. „Ich setzte mich mit D.....er Malern in Verbindung und zog nach B. Ich mietete und richtete einen Salon ein und wollte dort ein Geschäft einrichten. Durch die Polizei wurden auch meine Vorstrafen dort ruchbar." 1904 zog er nach W. und wollte ausschließlich „journalistisch" tätig sein. Der „internationale Journalistenverein" wollte, daß Patient die Vertretung für W. annahm. Er hat in dieser Stellung 180—200 M. verdient. Im Sommer 1904 erkrankte er. „Es fing mit Asthma und Lungenkatarrh an. Dann bekam ich Nerven- und Herzkrämpfe." Er fiel vor Aufregung aus dem Bett.

30. April 1907. Pat. macht einen innerlich erregten Eindruck, denkt viel über die Strafsache nach und überlegt sich, wie er den „Verfolgungen" gegenüber Schutzmaßregeln treffen könne. Bittet abends um Medizin zur Beruhigung. „Heute morgen fühlte ich mich so wohl und heute abend so schlecht."

1. Mai 1907. Die Polizei verfolgt ihn, die ist hinter ihm her. „Wie Bluthunde jagen sie mich, überall bringt sie meine Vorstrafen zur Kenntnis

des Publikums und macht mich unmöglich." — „Ich kann machen was ich will und noch so unschuldig sein, verurteilt werde ich doch!"

Wollten Sie in F. eine elektrische Bahn bauen? — „Ja."

Man hielt aber Ihre Pläne für aussichtslos, für verrückt! — „Warum hat man mir das nicht gesagt? Ich hatte jedenfalls nur Gutes dabei im Auge. Einen persönlichen Vorteil wollte ich nicht."

Halten Sie das für ausführbar? — „Eine Bahn ist doch nicht zwecklos."

Wie kamen Sie eigentlich auf die Idee? — „Ich kann es wirklich nicht mehr sagen." (Wiederholte das vorher Gesagte.)

Sie haben einen Schießstand gekauft? — „Nein, die Gemeinde hat ihn mir geschenkt."

Sie haben Gewehre dem Militärverein geschenkt? — „Jawohl."

Die Gewehre sind aber nicht bezahlt? — „Doch."

Man schenkt doch nicht, wenn man das Geschenk nicht bezahlen kann? — „Ich habe immer gern geschenkt. Ob die gekauften Gewehre bezahlt sind, weiß ich nicht."

Es steht positiv fest, daß Sie dieselben nicht bezahlt haben! — „Das weiß ich nicht mehr."

Haben Sie ein angebliches Bild von Knaus falsch signiert? — „Nein, ich habe nur das jetzige Datum und Jahreszahl oben rechts hingeschrieben."

Warum? — „Weil die Signatur, die sich rechts unten befand, durch den Rahmen verdeckt war."

Nennen Sie das nicht signieren? — „Nein, das Bild ist mindestens 40 Jahre alt, wenn ich das jetzige Datum hinschreibe, so ist das keine Signierung."

Wußten Sie, daß Knaus das Bild nicht anerkennt? — „Jawohl, ich hatte ihm dasselbe hingeschickt. Er hat es aber nachweislich nicht besichtigt. Sein Freund, dem ich das Bild auf Wunsch von Prof. Knaus wiederholt gezeigt habe, erkannte es für echt."

2. Mai 1907. Worin sehen Sie die Beweise dafür, daß Sie verfolgt werden? — „Der Herr Direktor im Gefängnis zu D. hat gesagt, ich würde bestraft. Die Strafe hielte ich nicht aus, da müsste ich sterben. Alles ist eine Clique. Sie haben es früher so mit mir gemacht (weint dabei) sie machen es weiter so."

Wer? — „Die Polizei, und da stecken noch andere dahinter, die Jesuiten. Meine Werke haben ihre Rachsucht erweckt."

Welche Werke? — „Die neue Lehre." „Aber auch früher schon sind sie hinter mir her gewesen, wegen des ‚Thronfolger und Je-

suit'. In den neunziger Jahren hatte ich Streit mit einem Kaplan. Da muß geforscht worden sein. Es hieß, man wolle mich festnehmen. Der Kaplan sagte, die Landesreligion sei katholisch, ich würde schwer bestraft. Da bin ich nachts über den Paß gegangen von T. nach B. ‚Die lyrischen Flugblätter', 1903 gedruckt, richten sich auch gegen die Jesuiten."

3. Mai 1907. Nach dem Besuch der Ehefrau kläglich weinerlich. Unter Tränen erzählt er dem Arzt, daß seine Frau ihn verließe. Sie täte nichts für ihn. Sie wolle Lebensunterhalt erwerben, das könne er nicht dulden. Er hätte für seine Frau stets gesorgt wie für seinen Augapfel. Auf die Bilder lege sie keinen Wert, meinte sie, das sähe so aus, als hätte er ihr Vermögen durchgebracht. Denn ihr Geld stecke doch in den Bildern, auch seines allerdings, aber das wäre ihm egal. Jetzt wäre es zu Ende mit ihm (weint).

Heute morgen „welch furchtbare Waffe man gegen mich hat, daß ich hier gewesen bin. Ich bin mit Gewalt hergebracht worden. Einen Brief hat ich geschrieben, vielleicht krieg ich deswegen wieder eine Beleidigung auf den Hals. Meine Frau hat meine Notizbücher und Briefe verbrannt. Durch die Briefe wird die Frau St. belastet. Ich halte dieses Weib für ein sittlich verdorbenes Subjekt. Ich schäme mich das zu sagen."

23. Mai 1907. Auf Grund des Strafregisters wird Pat. vorgehalten, daß eine zweijährige Weltreise nicht möglich sein kann.

Pat. gibt darauf an: Winter 1894/95 war er in Z., Winter 1895/96 in S. Die Weltreise muß also ins Jahr 1894 fallen. In eine spätere Zeit kann sie nicht fallen, gibt er selbst zu. Die zweijährige Weltreise würde also auf etwa $^3/_4$ Jahr zusammenschrumpfen.

Wie erklären Sie sich das? — „Ich kann mir das nicht erklären."

24. Mai 1907. Auf nochmaliges Vorhalten des Arztes, daß seine Weltreise unmöglich sei: „Dann werde ich irr an mir selber, ich muß zugeben, daß ich die Weltreise nicht unternommen haben kann."

Graf X. war wohl auch Kind Ihrer Phantasie? — „Mag sein, aber ich habe doch mit Russen verkehrt."

Stehen Ihnen die Einzelheiten der imaginären Reise so deutlich vor Augen, daß Sie die handelnden Personen usw. genau beschreiben könnten? — „Ja gewiß. Wenn ich dichte, sehe ich die Figuren leibhaftig vor mir. Sie lassen mir keine Ruhe, ich werde belästigt dadurch."

Weltreise also wohl in Gedanken während des Gefängnisaufenthaltes erlebt? — „Sie glauben nicht, was man alles im Gefängnis denkt." (Fängt an abschweifend auf die Gefängnisbehandlung zu schimpfen. „Man wird da gefoltert von den nichtsnutzigen Henkern.")

In der E...er Affäre, der sogenannten Zeitungsgründung, haben Sie arme Leute schwer

geschädigt? — „Es ist nicht wahr. Der Untersuchungsrichter, der war gegen mich, — das war Nichtsnutzigkeit von der Polizei und dem Gericht, — kaput machen wollten sie mich. Es ist alles gelogen." (Schimpft in gewohnter Weise, ohne weitere Diskussion zu ermöglichen. Zum Eingehen auf den Kernpunkt der Sache nicht zu bewegen.)

Die M.....er Affäre ist Ihnen wohl auch nicht mehr ganz dem Sachverhalt entsprechend in Erinnerung? Unter dem Namen Professor oder Dr. X. haben Sie doch eine Reihe von Personen geschädigt, Wirt, Kellnerin, andere Leute! —„Ich bin kein Zechpreller. Aus meiner Familie kennt man so was nicht. Nicht einen Pfennig Schulden hatte ich. — Alles ist gelogen. Sie wollen mich wohl foltern. Nichtsnutzigkeit ist das von der Polizei und dem Gericht. Wieder sind alle hinter mir her, die Henker, die Schufte." (Geht auf die gewöhnliche Suada gegen Polizei und Jesuiten über.)

Weiter vorgehalten wird ihm sein Verhalten in F., der unsinnige Ankauf einer Wiese, die Vorbereitungen zu einem Bau, seine seltsamen Pläne betr. Einrichtung eines Waldparkes usw. — „Ich habe keinen Pfennig Schulden."

Die Wiese haben Sie doch gekauft! — „Ja."

Selbstredend bezahlt? — „Ja, das heißt, Unterhandlungen schweben."

Holz haben Sie gekauft? — „Ja."

Selbstredend bezahlt? — „Das weiß ich nicht genau, ich hatte aber keine Schulden, nicht einen Pfennig."

Sie haben Gewehre gekauft und verschenkt? — „Jawohl, geschenkt habe ich sie."

Auch bezahlt? — „Gewiß, meine Gewehre waren es."

Ihre Frau hat aber noch die unbezahlte Rechnung! — „Das weiß ich nicht mehr genau. Schulden hab ich jedenfalls keine. In meiner Familie kennt man das nicht, Schulden machen."

Kaufen und nicht bezahlen nennt man „Schulden machen", oder meinen Sie nicht? — „Hören Sie auf, Sie wollen mich nur foltern. Ich bitte mich überhaupt ernst zu nehmen. Schulden hab ich keine. Das hätte meine Frau nicht geduldet."

Auch den Wein haben Sie doch bezahlt, „zu Tisch eine Flasche Rotwein", nicht wahr? — „Was soll das überhaupt? Ich bin kein Zechpreller. Das sind alles Nichtsnutzigkeiten vom Gericht. In meiner Familie gibt es so was nicht."

Bitte antworten Sie einfach, haben Sie den Wein bezahlt oder nicht? — (Wiederholt in weinerlichem Tone und entrüstet aufstehend die vorgenannten ausweichenden Redensarten.)

Machen Sie im Restaurant Schulden? — „Nein, nein, nein. Sie foltern mich ja."

Denken Sie doch an M., die arme Kellnerin ist doch damals geprellt worden. Die Zeche von einigen Wochen hatten Sie nicht bezahlt, als Dr. X! — „Alles gelogen, diese Henker."

(Ehescheidungsaffäre wird mit ihm diskutiert.) Sie sehen zweifellos die Ehescheidungsaffäre in Ihrer Erinnerung anders, als sie war. Nicht wegen böswilligen Verlassens seitens der Ehefrau ist die Ehe geschieden, sondern weil Ihnen Ehebruch nachgewiesen wurde! — „Der Richter war gegen mich, der war nichtsnutzig. Ein schlechtes Weib war sie."

Mit Frl. W. haben Sie Ihrer eigenen Angabe nach intim verkehrt? — „Gewiß ja, um einen Grund zur Ehescheidung zu haben."

Das scheint eine Erinnerungsfälschung zu sein. Sie wollten überhaupt, wie die Akten beweisen, keine Ehescheidung. Sie beriefen sich im Gegenteil darauf, daß Ihre Frau Ihnen verziehen hätte! — „Alles Nichtsnutzigkeiten, um mich kaput zu machen. Niemals habe ich die Ehe gebrochen. Das ist gelogen."

Sie haben es ja soeben zugestanden! — „Gewiß einmal, aber nicht mehr."

In dieser kritiklosen Manier widerspricht sich der Kranke in wenigen Minuten, widerruft, was er soeben behauptet hat, ohne es zu bemerken. Charakteristisch ist eine lange Rede, die er infolge dieses Gesprächs hält. — Weitläufig wird erzählt, wie glücklich und rein das Eheleben in seiner elterlichen Familie war. Weil er und seine Schwestern nur Gutes in der Familie gesehen haben, sind sie selbst so sittenrein und moralisch geblieben (vide Anamnese, die das Gegenteil beweist).

(Gespräch über seine zahlreichen Werke.) Er wird um Beweise gebeten, daß er sie geschrieben hat. — „Was, ich soll meine eigenen Geisteskinder nicht kennen? Ich soll womöglich nicht der Autor meiner Werke sein?"

Es wird um Angabe der Verleger gebeten. — (Denkt lange nach —, kann sich derselben nicht entsinnen.)

Wenn Sie die Weltreise gar nicht ausgeführt haben, ein Graf X., wie Sie selbst für möglich halten, nicht existiert, dann ist wohl die Beschreibung der Weltreise im „W." nicht von Ihnen verfaßt? — „Ich werde wirklich ganz irre. Aber die ‚Lyrischen Flugblätter', die sind doch von mir."

Beweisen Sie uns die Autorschaft nur eines Ihrer Werke! — „Welches?"

Bezeichnen Sie es selbst, Sie werden doch wissen, was Sie geschrieben haben! — „Wenden Sie sich an das Hofmarschallamt, da finden Sie den Beweis, das Dankschreiben des Kaisers an mich wegen meiner patriotischen Gesinnung. Das wird Ihnen wohl genügen."

Schließlich erklärt er sich zu einem Brief an Dr. J. bereit, in welchem er um Bestätigung seiner Autorschaft der „Neuen Lehre" ersucht. Er gibt in diesem Briefe zu, „daß die Jahre 1894—1897 keinen Raum für eine zweijährige Reise in den Tropen übrig haben, aber ich habe ja doch so viel Reiseerinnerungen in mir, daß ..... ich vor einem Rätsel stehe". „Es erfüllt mich mit den trübsten Ahnungen für die Zukunft, wenn ich selbst zur festen Annahme kommen muß, meine Reisen seien Phantasie gewesen."

## Gutachten.

Wenn wir das vorstehend zusammengestellte Material, den p. B. betreffend, einer sorgfältigen Prüfung unterziehen, so kommen wir zu folgenden Schlüssen:

B. stammt aus einer Familie, deren Mitglieder teilweise hochgradig geistig minderwertig sind, teilweise angeblich besondere Talente aufweisen. Großvater mütterlicherseits starker Trinker, hatte das Delirium. Großvater väterlicherseits war besonders talentiert, poetisch veranlagt. Alle drei Geschwister sind geistig defekt. Die diesbezüglichen Angaben der Ehefrau können wohl als glaubwürdig gelten. Die beiden Geschwister des p. B. sind hysterisch, haben beide mehrere uneheliche Kinder gehabt. Die eine Schwester soll zu Verleumdungen neigen, ebenso wie ihr Bruder den Kopf voll großer Pläne haben. Die jüngere Schwester ist besonders poetisch veranlagt. Der Kranke selbst zeigt in seiner ganzen Charakterveranlagung, in seinem Denken und Handeln, soweit uns seine Vorgeschichte zugänglich geworden ist, den Typus der Entartung. Im Mittelpunkte des Symptomenkomplexes steht das Krankheitsbild der sogenannten pathologischen Lüge (Pseudologia phantastica, *Delbrück*). Das ganze Seelenleben des Kranken, seine Reden, Benehmen, Handeln im Verkehr mit seiner Familie oder fernstehenden Personen, seine Betätigung in geschäftlicher Beziehung oder sein sogenanntes „Schriftstellertum" ist eine einzige große Lüge. Sein seltsames Wesen und seine Lebensführung wird durch Berücksichtigung folgender drei Gesichtspunkte erklärlich:

1. durch das krankhaft gesteigerte Selbstbewußtsein, das an Größenwahn grenzt,

2. durch den unüberwindlichen Trieb zum Fabulieren,

3. durch die Unfähigkeit einer Kritik seiner eigenen phantastischen Erfindungen, die sein ganzes Vorstellungsleben beherrschen.

Er fühlt sich als hochbegabter Schriftsteller, als großer Jäger, als eine hochangesehene Persönlichkeit, welche geeignet ist, der Mitwelt weite geistige Gesichtspunkte zu eröffnen.

Die Überzeugung versteht er meisterlich seiner Umgebung zu suggerieren. Aus der Schulzeit ist bekannt, daß er nicht fleißig war, aber viel Romane las. Sein Examen für das Lehrerseminar bestand er nicht, trotzdem imponierte er seiner Familie durch seine hohe Begabung.

Seine Schwestern glauben anscheinend noch jetzt unerschütterlich an seine Talente und geistige Leistungsfähigkeit. Und doch bildet sein ganzes Leben den Beweis für seine völlige Unfähigkeit, selbständig zu existieren oder gar produktiv etwas zu leisten. Er fühlte sich als Geschäftsbesitzer und Testamentsvollstrecker, der die Vermögensverwaltung innehat. Damit kommen wir auf den pathologischen Kern seines Charakters, auf die krankhafte Lüge. Nach der Ehescheidung begründete er ein Verlagsgeschäft in E., dessen Hauptbestandteil ein nicht bezahlter lederner Ranzen und einzelne Probenummern einer projektierten Zeitschrift waren. Dazu brauchte er Geschäftsreisende und Kassenboten. Er nannte sich „Prokurist" der Firma M. In seiner Phantasie sah er sich zweifellos als Besitzer eines großen Verlags einer Zeitung und einer Druckerei. Wenige Wochen nach seiner letzten Entlassung aus dem Zuchthaus lernte er seine zweite Frau kennen. Letztere gab ihm das Kapital, das er in M. als sogenannter „Kunsthändler" verausgabte. Im wesentlichen entsprach dieses zweite Geschäft dem soeben erwähnten Verlagsgeschäft in E. Es wurden Hilfskräfte engagiert (Reisende und Kassenboten). Im E.-Geschäft wurde der um seine Kaution geprellte Kassenbote mit dem Falzen einiger Probenummern beschäftigt. Die Beschäftigung der Angestellten in M. wird wohl eine ähnliche Scheintätigkeit gewesen sein. Nach einem Jahre war das in das Scheingeschäft gesteckte Kapital der Braut verloren, und der Kranke ging zum Bilderhandel in W. über. Auch hier ergeben die Zeugenaussagen einen geradezu lächerlichen Gegensatz zwischen den Luftschlössern, die der B. sich aufbaut, und der dürftigen Wirklichkeit. Das ganze Geschäft, von dem er allen denjenigen fabulierte, die ihm zuhören wollten, ist noch zu machen. Es kann gar kein Zweifel bestehen, daß er an die meisten seiner Hirngespinste glaubt und stets geglaubt hat.

Denn die Zwecklosigkeit seiner Lügen ist ja ins Auge springend. Welchen Vorteil brachte ihm denn sein ganzes Gewebe von Lügen, Projekten und Unternehmungen in F.? „Er stand mit einem ‚Konsortium' in B. in Verbindung, wollte eine elektrische Bahn durch das W.-tal bauen, Fischteiche, Schützenhallen, Erdbeerkulturen usw. anlegen."

Bei Betrachtung seines Lebenslaufes finden wir, wie der Kranke überall, wo er hinkommt, fabuliert. Sein ganzes Leben liegt vor seinem geistigen Auge wie ein Roman, und zwar ein Roman, den er selbst geschrieben hat. Daß er Wahrheit und Dichtung unterscheiden kann, ist ganz ausgeschlossen.

Die Beobachtung in der Anstalt, die zahlreichen Kolloquien mit dem Kranken haben im Zusammenhange mit der Betrachtung seiner abenteuerlichen Schwindeleien ergeben, daß für ihn die Produkte seiner Phantasie zur Wirklichkeit werden. Er erlebt, was er konfabuliert. Je mehr man ihn fragt, desto mehr fabuliert er. Er lügt ohne Zweck und Plan. Er belügt sich selbst, wie er alle belügt, die mit ihm in Berührung kommen. Mit derselben Deutlichkeit, wie dem normalen Menschen sein reales Erlebnis vor Augen steht, so haftet in seinem Gedächtnis das in der Phantasie erlebte. Nur mit der unerschütterlichen Überzeugung, mit welcher der Kranke seine Lügen vorbringt, ist das Vertrauen zu erklären, das ihm von so vielen Seiten entgegengebracht wurde. Seine phantastischen Angaben über seine hervorragende schriftstellerische Tätigkeit sind gleichfalls von diesem Gesichtspunkte aus aufzufassen. Es mag sein, daß er einzelne Jagdgeschichten oder die exaltierten Verse: „Lyrische Flugblätter usw." geschrieben hat. Es mögen auch einige andere unbedeutende Arbeiten, welche er anführt, von ihm sein. Im wesentlichen aber ist alles unwahr, was er diesbezüglich angibt. Daß „Die neue Lehre", Pseudonym: H. von H...., von ihm verfaßt ist, scheint mir sehr unwahrscheinlich. Daß er aber an seiner Autorschaft dieser und der vielen anderen von ihm genannten Dramen glaubt, ist durchaus möglich. Denn er fabuliert triebartig; halb bewußt, halb unbewußt. Später aber glaubt er fest an seine Lügen. Alles an ihm ist Schein. Er spielt dauernd eine Rolle, wie ein Schauspieler, und fühlt sich in der Rolle glücklich. Selbstredend hat das Milieu, in dem er lebt, und die jeweilige Situation, in der er sich befindet, Einfluß auf die Persönlichkeit, die er darzustellen sucht, und die er zu sein sich auch einbildet. So schwindelte er als Forstassessor X. oder als Professor X. und prellte in diesen Rollen diejenigen, die ihm vertrauten. Wenn er bemittelt gewesen wäre und seine Zechen hätte bezahlen können, so hätte er ebenso versucht zu lügen und etwas anderes darzustellen, als er war. Sein Auftreten in F. beweist das, ebenso seine zahlreichen plan- und zwecklosen Lügen, die er mir gegenüber in längeren Gesprächen produzierte.

Für die unwiderstehliche Gewalt, mit welcher der Trieb zum Fabulieren sein Vorstellungsleben beherrscht, spricht weiterhin folgender Umstand. Wird ihm eine Lüge nachgewiesen, wie die Lüge von der tropischen Reise mit dem Grafen, so produziert er sofort eine neue. Wird ihm letztere widerlegt, so fabuliert er unweigerlich weiter. Er versagt nie, sobald es sich um Beweise für seine Lügen handelt. Alles was er erlebt hat, stellt sich eben verfälscht in seiner Erinnerung dar. Er vermag es nicht, irgendeinen Vorgang so darzustellen, wie er sich abgespielt hat, besonders nicht, wenn eine Beteiligung der affektiven Sphäre vorliegt. Schon bei dem normalen Menschen wird die Auffassung mehr oder weniger durch zornige oder traurige Affekte gestört und verfälscht und die Erinnerung an die betreffenden Vorgänge getrübt. Bei den krankhaft gesteigerten Affekten

des p. B. aber ist die Beeinflussung seines Denkens und Handelns durch intensive Gefühlstöne eine so hochgradige, daß von einer gesunden Kritik seiner Willensäußerungen keine Rede mehr sein kann. Wenn man irgend eines seiner Erlebnisse, die zu seiner Inhaftierung führenden Vorgänge oder die Verschrobenheiten seiner Lebensführung besprechen will, so gerät er in heftigen Zornaffekt. Vage Beeinträchtigungsideen drängen sich mit großer Gewalt in den Vordergrund seines Bewußtseins, sie werden überwertig, geradezu zu Wahnideen. Einem logischen Gedankengang zu folgen wird er dann ganz unfähig, er versteht nicht mehr die Einwände, die man macht, sondern stellt nur irgend eine vage Behauptung von der angeblichen Vergewaltigung durch Polizei und Jesuiten auf. Da der Affekt ihm jede Kritik raubt, glaubt er in dem gegebenen Fall unerschütterlich an seine soeben aufgestellte Behauptung. Er hält an derselben fest, so lange die Situation sich nicht ändert. Seine immer wieder in wilden Affekten produzierten Beeinträchtigungsvorstellungen gegen die Polizei, Gericht und Jesuiten sind Wahnideen durchaus gleichwertig. Sie beherrschen sein Fühlen, Denken und Handeln in demselben Maße, wie es fixierte Wahnideen tun würden. Sie spielen dieselbe Rolle in seinem Bewußtseinsinhalt wie die Größenideen, die allen seinen Phantastereien zugrunde liegen. Pat. ist überzeugt von der Richtigkeit derselben, sie sind einer Kritik völlig unzugänglich. Während die Größenideen bei ihm auf der Basis des Triebes zum Fabulieren und des gesteigerten Selbstbewußtseins erstehen, gehen die Verfolgungsideen, wie soeben auseinander gesetzt, aus Affektanomalien hervor. Die Erinnerungsfälschung und -verfälschung haben beide Formen der Wahnbildung bei dem Kranken gemeinsam. Denn im Gedächtnis des Kranken tauchen im Affekt massenhafte Vergewaltigungen und Chikanen auf, die „die Büttel, Henker und Schurken" (Polizei und Jesuiten sind gemeint) ihm in seiner Einbildung zugefügt haben. Von der Wahnbildung des chronisch Verrückten unterscheiden sie sich dadurch, daß sie mit dem Milieu wechseln oder in anderen Situationen völlig schwinden können.

Auf intellektuellem Gebiete finden wir gleichfalls erhebliche Anomalien. Neben vorbeschriebener Gedächtnisstörung und Erinnerungsfälschung ist eine Schwäche der Merkfähigkeit unverkennbar. Besonders kraß tritt dieselbe in den zahlreichen Widersprüchen hervor, wie sie die wörtlich wiedergegebenen Kolloquien zeigen. Innerhalb weniger Minuten macht der Kranke die widersprechendsten Angaben, ohne es zu bemerken. Auch die Ehefrau macht auf die auffallende Gedächtnisschwäche des Kranken aufmerksam. Schließlich führe ich noch die vielen anderen Seltsamkeiten des Kranken an, an denen seine Lebensführung so reich ist. Wie schwer die dauernde Affektstörung bei ihm ist, geht daraus hervor, daß er die Nächte häufig schlaflos verbrachte, auffallende Ängstlichkeit und Reizbarkeit zeigte und krankhafte Befürchtungen hegte, überfallen und bestohlen zu werden. Nur so ist es zu erklären, daß er nachts stets

einen Revolver zur Hand legte, ohne jeden Grund die Wohnung mit der Schußwaffe in der Hand nach Dieben durchsuchte. Es ist sehr wahrscheinlich, daß Sinnestäuschungen hysterischer Art, wie sie bei Entarteten vorkommen, die Ursache der von der Ehefrau geschilderten nächtlichen Szenen bildeten.

Ein typisches Entartungszeichen ist auch die zeitlebens bestehende psychische Reizbarkeit und die abnorme Reaktion auf starke psychische Traumata anzusehen. So führte die Aufregung über die gegen ihn gerichtete Denunziation zu Nervenanfällen, anscheinend mit Bewußtseinsverlust.

Das Gutachten kommt zum Schlusse, daß dem B. der Schutz des § 51 zuzubilligen sei.

Fall III.

Bei dem dritten Krankheitsfall handelt es sich um einen Verbrecher, der sich selbst der Verübung einer Reihe von scheußlichen Morden bezichtigte. Nach längerer Beobachtungszeit in der Anstalt behauptete er genau in derselben Art, wie die beiden vorerwähnten Kranken es taten, nichts mehr von seinen romanhaften Schilderungen zu wissen. Als ihm seine Aufzeichnungen urschriftlich vorgelegt wurden, räumte er ein, daß er das geschrieben haben könne, vermochte sich aber selbst nicht zu verstehen. Es war ihm unbegreiflich, wie er so etwas fertig bringen konnte.

C. 1876 in M. geboren. Mutter starb an Krämpfen. Vater lebt, ist starker Trinker. Patient litt vom 8.—12. Jahre an somnambulen Zuständen. In der Schule gut gelernt. Wurde Lehrling bei einem Friseur. Dort nach 1½ Jahren wegen Diebstahls entlassen. Dann bis zum 18. Lebensjahre Fabrikarbeiter gewesen. Leistungen schlecht. Zahlreiche Vorstrafen vor dem 18. Lebensjahre.

1888 wegen § 140: 40 Tage Gefängnis.

1889 wegen Diebstahls: 12 Tage Gefängnis.

1891 wegen Diebstahls: 3 Monate Gefängnis.

1892 wegen Diebstahls: 7 Monate Gefängnis.

1893 wegen öffentlichen Ausstoßens aufrührerischer Reden und Unfugs: 8 Monate Gefängnis.

1894 wegen Hausfriedensbruch und Bedrohung: 4 Monate Gefängnis.

Wurde arbeitsunlustig, lebte in Streitigkeiten mit Eltern und Brüdern. Trank stark.

1894 ging er nach Belfort, ließ sich für Toulon (8. Regt. Marine-Infanterie) anwerben.

1895 vom Kriegsgericht in Toulon wegen Diebstahls mittels Einbruchs und Kleiderdiebstahls zum Nachteil der Kameraden und Einsteigens zur Nachtzeit zum Nachteile der Kantinenwirtin zu 5 Jahren Gefängnis verurteilt.

1901 vom Kriegsgericht Tunis wegen Flucht aus dem Gefängnis mittels Einbruchs: 6 Monate Gefängnis.

1906 Rückkehr nach Deutschland.

16. August 1906: Einstellung bei der x.-Komp. Inf.-Reg. Nr. x.

15. Oktober 1906: Drei Tage Mittelarrest, weil er sich außer Dienst betrunken und in der Kaserne gelärmt hatte.

10. November 1906 betrank er sich wieder außer Dienst „und gebärdete sich darauf abends nach dem Abfragen wie ein Tobsüchtiger. Er wollte gegen alle mit der Waffe vorgehen, versuchte hierzu von jedem die Waffe zu nehmen. Hierbei stieß er Drohungen aus, daß noch andere wegmüßten, und dann wäre er an der Reihe. Er bat jeden, ihn doch zu erstechen". Am selben Abend Verbringung ins Garnisonlazarett. — Am 21. November 1906 dienstfähig aus dem Lazarett entlassen. Für sein Verhalten am 10. November 1906 mit 5 Tagen mittleren Arrests bestraft. — 28. November 1906 beim Antritt der Strafe (auf dem Wege zum Arresthaus) Selbstmordversuch. Vorher in einem Briefe Äußerung von Selbstmordgedanken. Lief an der Dampfboothaltestelle auf das Wasser zu. Begleitender Sergeant hielt ihn, drohte von seiner Waffe Gebrauch zu machen. Darauf sagte C.: „Das will ich ja gerade, daß du mich totstichst. Gib mir das Seitengewehr, denn du bist ja viel zu feig dazu." Ging dann schließlich gutwillig mit.

Auf den Arrestaufseher machte er einen verstörten Eindruck, antwortete nicht, nahm keine militärische Haltung an, dem Befehl dazu kam er nicht nach, sagte vielmehr: „Das brauche ich nicht, ich bin kein Soldat mehr." Darauf in Anklagezustand versetzt wegen Beleidigung des Sergeanten und Ungehorsams gegen den Arrestaufseher. Er gab die ihm zur Last gelegten Vergehen zu. — Am 18. Dezember 1906 in der Hauptverhandlung machte er die Angabe, er habe bei der Fremdenlegion einen Unteroffizier erstochen, nachdem ihm dieser im Dienst eine Ohrfeige gegeben; ehe er die Flucht ergriffen, hätte er sich durch Diebstahl Geld und Kleider verschafft. Er sei ergriffen worden, sei zum Tode verurteilt, jedoch sei die Todesstrafe in Zuchthausstrafe umgewandelt worden, später sei er begnadigt und entlassen worden. Auf Grund der Ausführungen des ärztlichen Sachverständigen wurde die Beobachtung C.s auf seinen Geisteszustand beschlossen. — Am 3. Januar 1907 wurde C., der inzwischen zur Arbeiterabteilung M. versetzt war, dem Lazarett daselbst überwiesen. Hier verhielt er sich ruhig. Er war über Ort und Zeit vollkommen orientiert: auf Befragen gab er nur die unbedingt nötigsten Antworten, die aber richtig waren; zu zusammenhängenden Angaben oder gar zu einer Erzählung war er nicht zu bewegen. Die Sprache war leise, sein Wesen gedrückt, niedergeschlagen. Der Blick war unruhig und verriet Angst. Wenn auch durch Befragen aus dem Untersuchten nicht viel herauszubekommen war, so gewährten seine Niederschriften einen um so tieferen Einblick in sein Seelenleben. In der ersten Zeit verfaßte er einen umfangreichen Lebenslauf, zu dem er mehrere Tage gebrauchte. Aus diesem ist ersichtlich, daß C. eine für seine Stand gute allgemeine Bildung besitzt, daß seine In-

telligenz, seine Urteilsfähigkeit und sein Gedächtnis vollkommen normal sind. Im Lazarett teilweise ängstliche Verstimmung. Vorübergehend wurde über Kopfschmerz und Schlaflosigkeit geklagt.

Sein Lebenslauf, den der Kranke im Garnisonlazarett in M. schrieb, umfaßt 56 Seiten.

Es mögen hier auszugsweise einige phantastische Schilderungen seiner Abenteuer in Afrika folgen:

„Es war ein heißer Nachmittag, wir waren auf dem Exerzierplatz beim Bajonettieren mit aufgepflanztem Seitengewehr, wie es in Frankreich immer ist, denn wir haben keine besonderen Gewehre zum Bajonettieren. Der Unteroffizier, der mich kommandierte, war sehr schlechter Laune und ließ sie mir möglichst fühlen, indem er mir allerlei Schimpfworte gab und tüchtig über meine Faulheit zu toben wußte, obwohl ich noch nie so gut gearbeitet hatte wie eben an diesem Tag. So dauerte das schon seit einer ganzen Pause, also 50 Minuten, ich war sehr erzürnt. Die zweite Pause fing an und mit ihr dieselbe Geschichte, ich wurde immer grimmiger. Er schrie mich an, daß ich ein wahrer Affe sei" usw. Weiter wird geschildert, wie er vom Unteroffizier geschlagen wurde, denselben erstach und dann entfloh, mit zwei Kameraden in Marseille einen Einbruch in einer Kantine verübte und schließlich einen Postwagen beraubte. „So lagen wir ungefähr eine Viertelstunde im Engpaß selbst versteckt, es machte sehr finster, als wir auf einmal den Wagen von weitem hörten. Bald wurden auch seine Laternen sichtbar, ein kurzer Zuruf an meine Freunde, eine ebenso kurze Antwort gab mir die Sicherheit, daß sie bereit waren. Der Wagen kam immer näher, da der Weg hier sehr schlecht war, mußte er langsam fahren. Das dreimalige Pfeifen der Nachteule war kaum verklungen und schon stutzten die Pferde und schon hörte man den Knall eines Revolvers, auf welchen ein Schrei, ein dumpfes Fallen und ein stöhnendes Röcheln Antwort gab. Sofort wurde auch die Hintertür aufgerissen und ein Mann in jeder Hand einen Revolver erschien in dem Rahmen, welcher aber ebenso schnell von einer Kugel durchbohrt zur Erde fiel. Wohl schoß er noch auf der Erde liegend der Seite zu, von wo der Schuß kam, doch zu spät, denn ich hatte mich unbemerkt auf die andere Seite gedrückt und kam jetzt mit einem Satze von hinten auf ihn zu und schlug darauf mit meinem Revolverkolben bis er sich nicht mehr rührte. Dann ging die Plünderung des Wagens los. Wir fanden eine Summe von 2200 Franken in Gold und Papier und steckten sie ein. Die Briefe ließen wir aber, nachdem sie nachgesehen waren, ruhig im Wagen liegen. Als das geschehen war, hoben wir die beiden schwer Verwundeten auf den Wagen, schlugen auf die Pferde, daß sie in vollem Galopp davon sausten. Des anderen Tages hörten wir, daß die beiden tot im Wagen gefunden worden sind in Oulioule. Wir aber begaben uns nach Toulon, wo ich meine Maitresse hatte usw. Eines schönen Tages fand ich meinen Kameraden in einem Zustande, wie ich noch keinen Menschen gesehen hab, so besoffen, daß

er auf der Straße liegen blieb und schimpfte laut auf den Postillon, der noch immer nach ihm schoß, auf den Kutscher, der einen so schönen Purzelbaum vom Bock herab getan, und auf die Pferde, die nicht anhalten wollten. Schon waren Haufen von Leuten um ihn her versammelt und fragten mich, was das alles bedeuten soll, dunkle Ahnungen stiegen in ihnen auf und schon sprach man von Polizei, als ich ankam. Ich hatte keine Zeit zu verlieren. In der Nähe stand ein Wagen. Ich bat den Kutscher näher zu fahren, damit wir diesen Mann nach Hause bringen könnten ....., ich zog den Kerl heraus, bezahlte reichlich den Kutscher, indem ich ihm sagte, er wäre ganz in der Nähe zu Haus und wollte nicht, daß man ihn in diesem Zustand sähe. Der Kutscher fand das ganz natürlich und ging seiner Wege. Als er fort war, suchte ich einen großen Stein, band ihn um den Hals meines Freundes und warf ihn mitsamt dem Stein ins Meer, man hat ihn nie wieder gesehen. Von da ging ich wieder zu meiner Maitresse, welche mich mit Ungeduld erwartete." Schließlich schildert er mit allen Details die Ermordung ‚seiner Maitresse', weil er ihren Verrat fürchtete, seine Verhaftung, Verurteilung usw.

Im Garnisonlazarett zu M. schrieb er auch seine nächtlichen Träume nieder. Ich lasse eine solche Traumschilderung auszugsweise hier folgen.

„Gestern abend hatte ich einen wunderbaren Traum. Ich sah mich nämlich in die Wüste versetzt. Wir waren eine ganze Mission von französischen Offizieren, arabischen Gumiers, eine Anzahl Beduinen, welche mit ihren Frauen die Kamele trieben, welche unsere Bagage trugen, und endlich 18 Soldaten, unter denen ich mich befand. Es war sehr heiß und mühsam schleppten wir uns durch den Sand. Wir vergingen vor Durst und hatten kein Wasser, denn unser Vorrat war schon längst alle. Schon seit gestern hatten wir keines mehr. An der Oase, an welcher wir unseren Vorrat erneuern sollten, war eben kein Tropfen Wasser mehr zu finden. Alles war ausgetrocknet. Plötzlich stürzte unser Führer, ein gewaltiger Araber, welcher ein wenig vorausgeritten war, zu unserem Kapitaine, indem er rief: Haja Sill Mohamed l'Sirocko, l'Sirocko (Beschütz uns Mohamed, der heiße Wind, der heiße Wind). Unser Kapitaine sagte, nun der Sirocko ist nicht so schlimm, daß du dich gleich der Verzweiflung übergibst. Der Araber antwortete nicht, sondern zeigte nur mit dem Finger nach Süden. Wir drehten unsere Köpfe und sahen mit Schrecken eine gewaltige Sandhose, welche mit rasender Schnelligkeit auf uns zu kam. Diese Sandhose schien bis in den Himmel zu ragen, war auf der Erde breit, in der mittleren Höhe viel dünner und schien oben den ganzen Himmel zu überspannen. Unsere Kamele hatten alle sich niedergelegt und waren keinen Schritt mehr weiter zu bringen. Die Beduinen machten ihr Gebet, riefen ihren Allah und Mohamed an, das Gesicht nach Osten gewandt, küßten die Erde, standen wieder auf, knieten wieder ....."

Von sonstigen im Garnisonlazarett zu M. verfaßten Niederschriften lasse ich zum Schlusse noch einige abschriftlich folgen:

„Eine Frage taucht mir seit einigen Tagen immer wieder auf. Sie ist: Hast du wirklich getan, was du geschrieben? Ist es Wahrheit oder Einbildung, ich bin im Zweifel, doch einerlei, deshalb wollte ich mir das Leben nicht nehmen. Seit Jahren hatte ich mich auf ein glückliches Wiedersehen gefreut und lebte nur noch in der Hoffnung, mit Vater und Brüdern vereint zu sein, mit ihnen zu leben, mit ihnen zu arbeiten. Zu diesem Sehnen kam noch ein starkes Heimweh. Nun zu Hause angekommen, wurde ich wieder von ihnen gerissen zum Dienst, ich wollte auch diesen noch tun, und kam mit dem besten Willen ins Regiment. Doch mein Wille allein half nicht, und da ich schon ziemlich steif bin, dazu mit meinem linken Bein das Marschieren nicht fertig brachte, wurde ich sehr schlecht behandelt von Seiten der Unteroffiziere ....."

Einige Verse aus langen von C. verfaßten Gedichten seien noch angeführt.

„Einst lebt ich zu Hause im Leichtsinn dahin
Mein Leben zu ändern, kam mir in den Sinn,
Drum ging ich nach Toulon, wohl an den Strand
Und ließ mich anwerben im fremden Land."

* * *

„Nun kehrt ich denn wieder zur Heimat zurück,
Ich träumte von Liebe, von Hoffnung und Glück,
Doch ach, zu Hause kaum angelangt,
Wurd ich schon wieder von da verbannt."

* * *

„Vater und Brüder hab ich wieder gesehn,
Jetzt kann für mich die Welt untergehn,
Denn längst ist verloren alles mein Glück,
Verlorene Zeit kehrt nie wieder zurück."

* * *

„Mein Glück ist verloren, meine Freude dahin,
Obwohl ich nicht klage und ergeben ich bin,
Meine Gesundheit zertrümmert, verschwunden die Kraft,
Mein Geist ist betrübet von finsterer Macht, usw."

* * *

„Ein Summen in den Ohren,
Ein Brausen so wild,
Du bist fürs Leiden geboren,
So heult mir der Wind.
Bald hör ich die Englein im Himmel,
Bald die Vöglein in der Luft,
Sie rufen mir immer:
Ruh' findest nur in der Gruft!"

Soweit die Auszüge aus den Niederschriften des C. Das vom Garnisonlazarett erstattete Gutachten enthält die Diagnose „Melancholie". Patient wurde exkulpiert und am 16. März 1907 der Anstalt E. zugeführt. Bei der Aufnahme war der Pat. zeitlich, örtlich und über seine Person genügend orientiert, besonnen, zeigte keine Gedächtnisschwäche. Über den Inhalt des Curriculum vitae (im Lazarett geschrieben) befragt, meint er lächelnd, er könne kaum glauben, daß er das alles geschrieben habe. „Jedenfalls sind das alles Einbildungen gewesen."

Körperlicher Status ohne abnormen Befund.

Patient macht anscheinend zutreffende anamnestische Angaben. gibt seine zahlreichen Vorstrafen bis zur Auswanderung nach Frankreich ziemlich richtig an. Er ist starker Absinthtrinker und bezieht die Geistesstörung, die ihn in Deutschland befallen hat, auf den Klimawechsel in Verbindung mit der Einwirkung übermäßigen Alkoholgenusses.

Er war 6 Jahre alt, als seine Mutter starb. Vater lebt noch in M., ist geistesgesund. Zwei geistesgesunde Brüder leben in M. Er war faul in der Schule, erlernte das Friseurhandwerk, wohnte bis zum 18. Lebensjahre zu Hause. Dann ließ er sich nach Toulon anwerben. Seiner Erzählung nach erstach er nach elfmonatiger Dienstzeit einen Sergeanten im Affekt, wurde zum Tode verurteilt, dann zu 15 Jahren Zwangsarbeit begnadigt. Nach zwölfjähriger Arbeit in Algier in den „travaux publiques" brach ein „arabischer Aufruhr" los. Alle Teilnehmer an dem Feldzuge wurden begnadigt, so auch er. Er kehrte nach seiner Begnadigung nach M. zurück, um seine Angehörigen wiederzusehen. Er wurde dort zum Militärdienst eingezogen. Seine weiteren Schicksale schildert er wahrheitsgemäß. Seit Oktober vorigen Jahres hörte er Stimmen. „Die Stimme des Unteroffiziers, den ich erstochen habe. Er hält mir vor, daß ich ihn ermordet habe, daß ich seine Mutter ins Unglück gestürzt habe." Stimme ist nur nachts hörbar, kommt aus den Ecken des Zimmers. Seit drei Wochen die Stimme nicht gehört. Er sah auch „den ermordeten Unteroffizier, der kam immer und ging an mir vorbei, bedrohte mich".

Patient hält das für Phantasiebilder, für krankhaft. Es bestehen keine Verfolgungsideen. Äußere Haltung eine ruhige und geordnete. Es besteht keine Störung des Vorstellungsablaufes, keine Gedächtnisschwäche, keine Herabsetzung der Merkfähigkeit oder erheblicher Intelligenzdefekt. Der *Siol*ische Fragebogen wurde im ganzen genügend richtig beantwortet. Die Stimmungslage ist eine leicht gedrückte. Seinen Selbstmordversuch am 28. November 1906 erklärt er mit der gedrückten Stimmung, die ihn befallen hatte, weil er den Anforderungen des Militärdienstes nicht mehr gewachsen war. Sein Leben sei verpfuscht, weil er den Mord in Toulon begangen habe, zum Militärdienst tauge er nicht mehr, „er wäre seines Lebens eben überdrüssig gewesen". Im Gefängnis wären dann die Stimmen und Gesichter aufgetreten. Das Verhalten während des Fluchtversuchs schildert er zutreffend.

Nach einigen Wochen Anstaltsaufenthalt schwand die gedrückte Stimmung bei dem Kranken. Sie wurde völlig normal. Patient zeigte Interesse für seine Umgebung und die Vorgänge in derselben, sprach die Hoffnung auf Entlassung aus der Anstalt nach dem Eintritte völliger Genesung aus und verhielt sich dauernd ruhig und geordnet. Schlaf und Appetit waren gut. Auf Aufforderung am 4. Mai 1907 schrieb er einen kurzen Lebenslauf, in welchem er außer der Ermordung des Unteroffiziers keine Lügen mehr produziert. Eine Schilderung seines Fluchtversuches aus dem Gefängnis in Tunis vom 10. März 1907 enthält gleichfalls nicht viel Unwahres. Halluzinationen hatte er nicht mehr. Er gab zu, die von ihm schriftlich beschriebenen Halluzinationen gehabt zu haben, hatte aber volles Verständnis für das Krankhafte derselben. Auf die Frage, wie er dazu gekommen sei, im Lazarett einen Lebenslauf zu schreiben, in welchem er sich so zahlreicher Morde beschuldigte, meint er, „er könne sich selbst nicht begreifen". Daß das alles nicht wahr sei, darüber ist er sich seit seiner Einlieferung in die Anstalt klar. „Er verstehe nicht, wie er sich das einbilden konnte." Nur an einer Idee hält er fest, er habe einen Unteroffizier in Toulon ermordet, sei zum Tode verurteilt usw. Alles andere sei Phantasie wie die Gesichts- und Gehörshalluzinationen.

### Fall IV.

Anschließend an diesen Fall sei in Kürze ein ganz ähnlicher Krankheitsfall erwähnt, in welchem es sich gleichfalls um die Selbstbezichtigung des Mordes seitens eines vielfach vorbestraften Verbrechers handelt. Der 31jährige Dekorationsmaler D. meldete sich bei der Staatsanwaltschaft in W. und erstattete gegen sich selbst die Anzeige, einen Ingenieur aus F., Herrn X., aus Eifersucht erschossen zu haben. Da sofort festgestellt wurde, daß seine Selbstbezichtigung jeglicher Begründung entbehrte, und die Zurechnungsfähigkeit des D. zweifelhaft erschien, so wurde seitens der Polizeibehörde die Überweisung des Schwindlers an das Städtische Krankenhaus und schließlich in hiesige Anstalt veranlaßt. Bei der Aufnahme in die Anstalt zeigte D. sich ruhig und geordnet. Er erzählte, daß er vor einigen Tagen einen Mord ausgeführt habe, gab an, tiefe Reue zu empfinden, und schilderte alle Einzelheiten der Tat, die Motive derselben und die Ereignisse der letzten Zeit. Als ihm entgegengehalten wurde, daß der angeblich Ermordete, wie soeben polizeilicherseits festgestellt sei, noch lebe, äußerte er lebhaftes Erstaunen und gab schließlich die Möglichkeit zu, daß er sich geirrt haben könne. Wie er auf diese Idee, einen Mord begangen zu haben, gekommen sei, war ihm rätselhaft. „Überhaupt stehe er sich selbst gegenüber vor einem Rätsel." Heredität: Bruder geisteskrank. 1877 geboren in B., besuchte Gymnasium bis Untertertia, erlernte dann das Malerhandwerk. Seit dem 16. Lebensjahr in jedem Jahr eine Vorstrafe erlitten. Wegen Unterschlagung, Urkundenfälschung, Diebstahls und Betrugs 1893 zu 4 Monaten, 1896 zu 2 Monaten

24 Tagen, 1898 zu 1 Jahr 3 Wochen Gefängnis verurteilt. Außerdem zahlreiche geringere Bestrafungen wegen Betrugs, Bettelns und Landstreicherei. Nach seiner Entlassung aus dem Gefängnis, Juli 1899, beging er eine Reihe von Schwindeleien und Betrügereien, die zur Bestrafung mit 6 Jahren 120 Tagen Zuchthaus führten. Er simulierte Epilepsie oder Schlaganfälle auf dem Bahnhof oder auf der Straße, ließ sich dann ins Krankenhaus verbringen und verpflegen, beschwindelte dort Ärzte und Geistliche, von denen er sich die letzte Ölung geben ließ usw. Den Geistlichen erzählte er die merkwürdigsten Geschichten, daß er zum Übertritt in die evangelische Kirche veranlaßt worden sei, und spielte mit großem Erfolg die Rolle des bekehrten Sünders. Den Ärzten machte er die verschiedensten und vor allem sehr genaue Angaben über schweren Morphinismus, an dem er litt usw. Auf die Eigenart dieser Lügen und Schwindeleien einzugehen, ist mir wegen Raummangels leider nicht möglich. Kurz erwähnt sei nur, daß die Polizeiakten, Verwaltungsakten in bezug auf Personalien, Lebensschicksale, erbliche Belastung usw. „die mannigfachsten und widerspruchsvollsten Angaben enthalten. Überall, wo er hinkam, hat D. gelogen. Daher ließ sich außer dem Strafregister und dem objektiven Tatbestand seiner Delikte wenig Positives feststellen, da Krankenhäuser, Anstalten, Behörden usw. in gleicher Weise von dem Kranken getäuscht worden sind und dauernd getäuscht werden. So wird er in einigen Akten als verheiratet und dann wieder als geschieden bezeichnet. Über erbliche Belastung finden wir gleichfalls in den ärztlichen Fragebogen die seltsamsten Angaben. Selbst der Beruf des Vaters, der Name der Mutter, Personalien der Verwandten usw. sind von D. ohne jeden ersichtlichen Anlaß häufig falsch angegeben worden. Ende März 1906 Entlassung aus dem Zuchthaus. Im nächsten Monat wieder bewußtlos „in einer Blutlache" schwimmend aufgefunden. Wieder Verbringung in ein Krankenhaus, wo er die Rolle des schweren Morphinisten usw. spielte. Im Juli finden wir ihn in der Irrenanstalt R., aus welcher Entlassung erfolgte, als die Schwindeleien entdeckt wurden. Im Bericht der Anstalt wieder die seltsamsten Lügen in betreff von Personalien, Eltern und Schicksalen des Kranken wiedergegeben. In hiesiger Anstalt zahlreiche Curricula vitae, Gedichte usw. produziert. Seine Schwester angeblich Oberschwester in X. Im Zusammenhang damit werden wieder massenhaft romanhafte Details erfunden. Äußere Haltung in hiesiger Anstalt dauernd eine geordnete. Intelligenz und Gedächtnis vorzüglich. D. liest und schreibt viel, zeitweilig geringgradige Stimmungsschwankungen. Das psychische Bild, das der Kranke bietet, entspricht dem Symptomenkomplex des degenerativen Irreseins. Nachstehend führe ich den am 11. Juni 1907 selbstgeschriebenen Lebenslauf des D. an, der seiner Form und dem Inhalt nach charakteristisch für derartige Produktionen der von mir beobachteten pathologischen Schwindler ist: „Daß ich am 16. Oktober 1877 zu B. als Sohn eines Beamten — ehelich — das Licht der Welt er-

blickte, meinen Stand, Religion usw. besagen meine Akten. Auch daß ich mehrfach mit dem Gerichte in Berührung kam und weswegen. Meine Jugend verlief sonnig und heiter und noch heute gedenke ich ihrer freudig mit stiller Wehmut. Schon sehr früh waren bei mir die Neigungen für Musik und Kunst entwickelt, und sehr frühe begann mein Vater mich in dieser Richtung hin ausbilden zu lassen. Ich lernte gut, und wenn ich auch gerade kein Musterknabe war, so trieb ich es doch auch nicht ärger als andere.

Daß allerdings das prekäre eheliche Leben meiner Eltern mir zu einer gewissen „Frühreife" verhalf —? Doch Summa, Summarum; ich kann nicht sagen, daß ich schlecht war, ebensowenig, daß ich gut handelte, denn schon sehr zeitig zeigte sich bei mir der Hang zu Vergnügungen und Genuß, deren Befriedigung auf realem Wege nicht immer ging und sich so bei mir ganz von selbst ergab, daß ich mit jedem nur erdenklichen Mittel das zu erreichen suchte, was mir zur Stillung meiner Leidenschaft verhalf. Ob und wie weit die Schuld dabei meine Eltern trifft, will ich nicht untersuchen. Jedenfalls sah und hörte ich viel, was nicht gerade veredelnd auf meinen Geist wirkte. An mir lag es ja freilich, der Stimme des Bösen kein Gehör zu geben. Bereits im Jahre 1893 wurde ich in B. zum erstenmal bestraft mit 4 Monaten Gefängnis wegen Unterschlagung und Urkundenfälschung. Dieser Strafe folgten dann nach Jahresfrist eine zweite, dritte usw. Nach Beendigung meiner Studien in C. 1896 begann ein ruheloses Umherwandern von Land zu Land, öfters unterbrochen durch kürzere und längere Strafen. Wenn ich mich heute frage, aus welchem Grunde dieses Ahasver-Dasein? Je ne sais. Gearbeitet habe ich immer und gern, doch nirgends lange. Warum? Nicht aus Hang zum Faulenzen, vielmehr ließ mich eine innere Unruhe nie lange an einem Orte verweilen. Mein ganze Vergangenheit steht in direktem Widerspruch mit dem Urteil derjenigen, die mit mir verkehrten. Ich war überall gern gelitten, man lobte meine Arbeitslust, meine Aufrichtigkeit ganz vor allem, und doch ist mein ganzes Leben eine einzige Kette von Lügen und Unredlichkeit der mannigfachsten Art. Heute, wo meine Vergangenheit klar vor meinen Augen vorüberzieht, begreife ich mich selbst nicht und suche vergeblich den Schlüssel zu meinem Verhalten. Nach meiner Entlassung von der Strafanstalt A. 1899 verfiel ich auf eine ganz neue Art von Hochstapelei. Ich simulierte Krankheiten, meistens Hämoptoe auch Meningitis, und betrog dann, ins Krankenhaus aufgenommen, auf ganz gemeine Art Geistliche und Private, die sich meiner aus Mitleid angenommen. Ungefähr so! An irgend einem belebten Orte, Bahnhof und dergl., fiel ich plötzlich unter den Symptomen eines Blutsturzes um, wurde dann ins Krankenhaus verbracht, spielte den Sterbenden und belog den mir in der letzten Stunde beistehenden kath. Priester, ich sei ursprünglich Katholik, aber durch Zureden der Protestanten zum evang. Glauben übergetreten. Dadurch hätte ich meine Stellung verloren und in solche bedrängte finanzielle Nöten geraten

Natürlich versprachen mir nun die kath. Geistlichen das Blaue vom Himmel herunter, wenn ich noch in letzter Stunde bereuen und wieder in den Schoß der alleinseligmachenden Kirche zurückkehren würde. Es liegt bei der Sache viel Humor. Die Herren hatten leicht zu versprechen, hatte ihnen doch der Arzt fest versichert, daß ich in wenigen Stunden nicht mehr unter den Lebenden weilen würde. Die Wahrheit ahnten sie ja nicht. Daß nachher meine angebliche Krankheit urplötzlich eine Wendung zum Besten nahm, schrieben sie der heiligen Maria zu und erfüllten dann auch ihre, mir in der Beichte gegebenen Versprechungen. Moralisch war das ja von mir eine große Niederträchtigkeit, so mit dem Allerheiligsten zu spielen, doch so ganz ohne Schuld waren die Priester in B. doch auch nicht. So ohne jede nähere Erkundigung über mich einzuziehen, ganz meinem gesellschaftlichen Schliff, guten Umgangsformen usw. vertrauend, mir durch Summen manchmal ganz beträchtlicher Art mein Dolce far niente zu unterstützen, ist doch gewiß auch nicht ganz einwandfrei. Doch ich will hier nicht die Haltung jener einer Kritik unterwerfen. Ich büßte meine Handlungsweise mit sechs Jahren Zuchthaus, die ich am 25. März 1906 erstand. Über meinen Aufenthalt in der Anstalt P. ließe sich noch bemerken, daß ich mich nur sehr schwer der Freiheitsentziehung fügte und dort auch eine ganze Reihe von Disziplinarstrafen wegen Widersetzung usw. erhielt. Nach meiner Entlassung arbeitete ich in verschiedenen Städten S....s, bis ich Ende April 1906 in A. an T. b. erkrankte und dort im Krankenhaus durch unvorsichtiges Gewähren von Morph. die bereits bei mir eingeschlummerte Leidenschaft geweckt wurde und derart ausartete, daß ich zur Entziehung nach R. verbracht wurde. Hatten die jahrelangen Entbehrungen meiner Haft meinen ohnehin heruntergekommenen Körper noch mehr geschwächt, so tat die wiederaufgeweckte Morph.-Leidenschaft das ihrige, meinem Korpus noch weiter herunter zu helfen. In R. wurde ich nicht nur körperlich wie auch moralisch wieder hergestellt und arbeitete nach meiner Entlassung in J. zur Zufriedenheit meines Chefs. Alles ging ganz gut, und selbst meine nächsten Angehörigen schöpften neue Hoffnung auf dauernde Besserung. Doch gar bald packte mich die alte Wanderlust, und ich zog, alles im Stich lassend, wieder hinaus in die Berge Th....s. Bis zum Herbst ging meine Wanderung, die ein jähes Ende in K. fand durch meine Verhaftung wegen Majestätsbeleidigung. Auf Grund des § 51 StGB. wurde jedoch das Verfahren gegen mich eingestellt, und am selben Abend noch lag ich in der med. Klinik in M. Ich war krank. Die Reaktion trat ein. Sexuell hatte ich in der voraufgehenden Periode sehr leichsinnig gelebt, daher meine Erkrankung, die schließlich in einer sechswöchentlichen Beobachtung in der psych. Klinik bei Geh. Rat Dr. N. endete.

Seit meiner Entlassung aus M. (22. Dezember 1906) arbeitete ich in F. unter sehr günstigen Verhältnissen. Mein psychisches Befinden besserte sich zugehends, ich gewann Freude an der Arbeit, verlobte mich

(März) und hegte die feste Hoffnung, daß ich nun einmal — nach vielen Stürmen den Hafen des Friedens gefunden hätte, — bis zum neuesten Falle.".....

Bei D. tritt ebenso wie bei C. die Neigung hervor, nicht nur zu dichten, sondern die erdichtete Rolle auch zu spielen. Allerdings ist bei ihm neben der Freude am Fabulieren eine gewisse Planmäßigkeit der betrügerischen Schwindeleien unverkennbar. Der Trieb zu zwecklosen Schwindeleien trat bei ihm übrigens in der Anstalt sehr charakteristisch hervor. D. nahm nämlich Vernehmungen geistig schwacher Kranken vor. Er nahm ein offizielles Protokoll auf, prüfte die hereditären Verhältnisse, führte die Anamnese an und ließ das Protokoll von dem Untersuchten unterzeichnen. Diese „Vernehmungen" wußte er so gut zu verheimlichen, daß sie erst infolge der Beschwerde der Angehörigen der betreffenden Kranken herauskamen. Er spielte also die Rolle des Untersuchungsrichters. Das einzig erkennbare Motiv war dabei die Freude am Schwindeln. D. ist gleichfalls dichterisch beanlagt. Er hat einen flüssigen Stil. Sein gutes Gedächtnis befähigt ihn, überall, wo es angängig ist, Zitate anzubringen. Seine Darstellung, daß seine Neigung zur Lüge ihm selbst ein Rätsel sei, und daß er, während er lügt, fest an seine Lügen glaube, scheint zuzutreffen. Von seinen lügenhaften Erzählungen ist besonders die Schilderung der angeblichen Morphiumsucht zu erwähnen, weil derselben jeder Zweck fehlt. Die Selbstschilderung seines Seelenzustandes, die in der Krankengeschichte wörtlich wiedergegeben ist, bietet manches Interessante. Seine Darstellung in dem erwähnten Curriculum ist ein unentwirrbares Gemisch von Wahrheit und Dichtung. Gesteigertes Selbstbewußtsein tritt bei dem Kranken niemals in irgendwie störender Weise hervor. Er ist ebenso wie C. stets der Held seiner Dichtungen. Aber seiner Umgebung gegenüber ist er meist bescheiden und liebenswürdig. Beachtenswert ist seine Angabe, daß ihn Wanderlust und innere Unruhe fortgetrieben haben, wenn er sich einmal in geordneten Verhältnissen befand. Diese innere Unruhe hält er selbst für ein wichtiges Motiv seiner strafbaren Handlungen. Bei den übrigen Krankheitsfällen war ein derartiger Wandertrieb nicht sicher nachzuweisen.

### Fall V.

Sehr charakteristisch ist der Fall der geisteskranken Schwindlerin E., welche von Herrn Oberarzt Dr. Resch begutachtet worden ist. Ich lasse den objektiven Befund im Auszuge aus dem Gutachten folgen:

„Die ledige E., 36 Jahre alt, evangelisch, Krankenpflegerin in W., ist während sechs Wochen in der Anstalt E. auf ihren Geisteszustand ärztlich beobachtet worden.

Die E. ist des Betrugs und der Urkundenfälschung angeklagt. Sie war wegen Versäumnis eines gerichtlichen Termins zu einer Geldstrafe verurteilt worden. E. erschien darauf am Gericht, wies ihre Ladung

vor, nach der sie nicht auf den 13. Oktober, sondern auf den 15. Oktober geladen war. Es wurde sofort festgestellt, daß die 13 in 15 umgeändert worden war. Bei späterer Vernehmung hat sie zugegeben, die Abänderung vorgenommen zu haben. Sie gab als Grund an, sie habe gefürchtet, sie müsse neben der Geldstrafe noch Gefängnisstrafe absitzen. Die Geldstrafe hat E. an die Gerichtskasse eingezahlt. Im Laufe der Untersuchung wurden Zweifel an ihrer geistigen Gesundheit rege, als sie angab, vor einiger Zeit einen Schlaganfall erlitten zu haben.

Auf ein Gutachten des Dr. G., der an E. eine Reihe krankhafter Züge feststellte, wurde sie zur genaueren Beobachtung der Anstalt E. überwiesen.

Über die Vorgeschichte der E. sind nur aus den Polizeiakten einige sichere Tatsachen bekannt. Sie ist geboren am 20. Juli 1871 zu W. als uneheliches Kind der J. S. A.

1891 hielt sie sich in H. auf, sie stand hier unter sittenpolizeilicher Aufsicht, nachdem sie selbst das Treiben gewerbsmäßiger Unzucht zugegeben hatte. Wegen Vergehens gegen § 360 des StGB. ist sie bestraft. Ende 1891 wurde sie im Krankenhaus zu H. als geschlechtskrank behandelt. Im Oktober 1892 zog sie in K. zu. Sie wurde polizeilich angemeldet als Heda v. B., geboren zu W., angeblich aus Sizilien kommend. Diese Angabe veranlaßte ihre polizeiliche Vernehmung, wobei sie sich als E. aus W. entpuppte. Sie gab sich aus als Büfettmädchen, Haushälterin, Sängerin, zuletzt ohne Stellung. 1896—97 ist sie in St. als Ladnerin eines Damenkonfektionsgeschäftes angemeldet. Nachteiliges wurde in St. nicht über sie bekannt. Durch Vernehmung des Referendars B. in St. wurde festgestellt, daß die E. dem Studenten B. die Haushaltung führte. B. gab damals an, E. sei die Tochter eines reichen Kaufmanns und sei geistig sehr gut entwickelt, so daß sie schon als Schriftstellerin gearbeitet habe. Sie sei auch Schulreiterin im Zirkus R. gewesen, auch auf der Bühne soll sie als Schauspielerin tätig gewesen sein. Sie habe auch in besseren Kreisen verkehrt, deren Namen vorläufig nicht genannt werden sollen. November 1897 zog sie in W. zu. Vor die Polizei geladen, gibt sie sich aus als Schriftstellerin E., Tochter des Kaufmanns E. Über das Verhalten der E. bei dieser Vernehmung wird berichtet: die p. E. befindet sich in einem hochgradig erregten Zustand, so daß eine ordnungsmäßige Vernehmung nicht möglich ist. Sie scheint an Größenwahn zu leiden. Sie erklärt, den W....ern, noch etwas zeigen zu wollen, sie will sich Equipagen halten und mit Vieren fahren. Sie fragt, warum die Polizei sich um sie kümmere, man solle in hohen Kreisen acht geben, da kommen noch viel mehr Ungehörigkeiten vor. Sie habe hinter die Kulissen gesehen usw. Sie redete sich so in Aufregung, daß nicht mehr mit ihr zu verhandeln war, und wurde daher entlassen.

E. kam bald in den Verdacht gewerbsmäßiger Unzucht, es erfolgte auch Anzeige gegen sie. In einem Brief an die Polizei gibt sie die Er-

klärung, sie treibe keinen unsittlichen Lebenswandel, sie werde von ihrem Bräutigam unterstützt, der für alles aufkomme. Auch beschäftige sie sich mit Schriftstellerei. Herrenbesuche empfange sie auf ausdrücklichen Wunsch ihres Bräutigams, es seien dessen Verwandte. Die Beobachtungen der Polizei haben tatsächlich ergeben, daß E. Prostitution trieb. Aus den Polizeiakten ist noch folgender Vorfall bemerkenswert: „Ein in W. zur Kur befindlicher Hauptmann aus D. E. zeigte bei der Polizei an, er werde seit zwei Tagen von einer Dame auf allen seinen Ausgängen, Vergnügungsorten verfolgt und belästigt, so daß er nicht mehr imstande sei, sich in gesellschaftlichen Kreisen zu bewegen. Die Dame war die E., sie folgte, als der Herr polizeiliche Hilfe im Kurgarten in Anspruch nahm, aufs Revier, wo sie angab: „Sie wohne in der B.straße, werde aber in drei Tagen eine eigene Wohnung im Hause Schw.straße sich einrichten. Sie stehe seit längerer Zeit mit dem Herrn in intimem Verkehr, er habe ihr schon eine größere Summe Geld gekostet. Das mache ihr aber nichts aus, denn sie werde von einem Herrn, welcher sich in Palästina aufhalte, unterhalten, an Geld fehle es ihr nicht. Sie werde auch in Zukunft den Herrn verfolgen; wenn sie bestraft werde, sei es ihr einerlei, sie wolle nur verhindern, daß der Herr noch andere Mädchen beschwindele.“ Wie diese Angelegenheit weiter verlaufen ist, ist aus den Akten nicht zu ersehen. Aus einem denunziatorischen Brief gegen die E. ist zu entnehmen, daß sie Prostitution weiter trieb. Sie soll als „Gräfin v. B.“ bekannt sein. Auf Befragen gibt die E. an, „Gräfin v. B.“ sei ihr früherer Bühnenname. Prostitution bestreitet sie.

Gelegentlich der jetzt schwebenden Untersuchungssache wurden die Personalien der E. im Widerspruch mit früheren Angaben polizeilich festgestellt: Hedwig E., Näherin, geboren zu B., Vater Major E. A. E. — Besuchte die höhere Töchterschule zu O.

E. erschien freiwillig zur Beobachtung in der Anstalt. Sie ist mit dem Zweck der Beobachtung bekannt. In die ärztlichen Anordnungen fügt sie sich ohne Schwierigkeiten und hat auch während der ganzen Dauer ihres Aufenthaltes sich den Verhältnissen anzupassen verstanden. Bei wiederholten ausführlichen Unterredungen wurde an der Hand der üblichen Fragebogen festgestellt, daß ihr Wissen, soweit es auf Schulkenntnissen und auf der Lebenserfahrung beruht, durchaus genügend ist. Die Fragen des *Siol*ischen Fragebogens z. B. beantwortet sie in der großen Mehrzahl richtig, ebenso andere der für Prüfung Schwachsinniger zusammengestellten Fragen. Desgleichen ist sie imstande, mit Leichtigkeit kleine Erzählungen wiederzugeben und den Witz einiger Anekdoten sofort herauszufinden und darzulegen. Bei einer Besprechung ihrer Straftat äußert E. völlige Einsichtslosigkeit. Sie vertritt die Ansicht, daß das Gericht gar kein Recht habe, sie weiter durch Fragen zu belästigen, nachdem sie einmal gesagt habe, daß sie die Tat begangen habe. Weder das Gericht noch die Polizei habe ihr Fragen nach ihrer Persönlich-

keit zu stellen. Das geht niemand was an. Da braucht sie nicht zu antworten und wird auch nicht antworten. Das Gericht weiß überhaupt nicht, was es will. Einmal schreiben sie Betrug, einmal Urkundenfälschung. sie wissen schließlich selbst nicht, was es ist. Den zwei jungen Herren. die am Gericht waren, hat sie einmal gründlich die Meinung gesagt. Ebenso habe sie dem Untersuchungsrichter gehörig die Meinung gesagt. Der fragt da so ein langes Larifari. Was gehen den Herrn meine Privatverhältnisse an! Ich habe mal ordentlich aufgetrumpft. Die ganze Geschichte, wegen der sie geladen ist, ist ihr über, sie will nichts davon wissen. da solle man sie doch auch in Ruhe lassen.

Es ist nicht möglich, E. zu einer objektiven Auffassung der Sachlage zu bringen. Die zuletzt an sie gestellte Frage, sie scheine sich keine Sorgen aus der Angelegenheit zu machen, beantwortet sie mit großem Selbstgefühl: „Gott bewahre, nein!"

Während der Beobachtung ist deutlich hervorgetreten, daß E. häufig von Stimmungswechsel befallen ist, in ihrem ganzen Wesen stark von Stimmungen abhängig ist. In der ersten Zeit ist sie vorwiegend sorglos, heiter, hat immer ein Lächeln. Später erscheint sie apathisch. bleibt gern im Bett liegen, ist auffallend unlustig, trieblos. Bei den Explorationen zeigt sich, daß diese Wechsel der Stimmung öfter auffallend rasch erfolgten. Morgens z. B. außerordentlich lebhaft, ständig redend und lachend, lebhaft gestikulierend und alle Äußerungen mit Bewegungen und Demonstrationen begleitend, ohne jede Rücksicht in ihren Äußerungen, mit der größten Leichtigkeit und Dreistigkeit über alles sich hinwegsetzend, ist sie einige Stunden später ganz umgekehrt, trieblos, gleichgültig, kaum zum Reden zu bringen. Während der Zeiten apathischen Verhaltens treten körperliche Klagen hervor: Lungenschmerzen, Klagen über Müdigkeit, Mattigkeit: „Ich kann sagen, ich fühl' mich selten im Jahr mal wohl, immer ein Müdigkeitsgefühl." Dann gibt sie auch an, ein Gefühl des „furchtbaren Verlassenseins zu haben, sie fühle sich direkt unglücklich". Sie sei am liebsten allein. Wie rasch aber diese Stimmungen wechseln, zeigt die Tatsache, daß E., nachdem sie eben derartige depressive Äußerungen gemacht hat, einige Minuten später ganz die gegenteilige Stimmungslage hat, die sie sehr lebhaft, vergnügt lachend vorbringt. Sie versichert: „Ein riesiges Sicherheitsgefühl hab' ich."

Weiter nach ihren Kenntnissen gefragt: „Ich kann sozusagen alles. alles was zum Frauenberuf gehört."

Was sie bei einer Gefahr tun würde? — „Da würde ich mit einer ganz großen Ruhe dastehen, ich schrecke vor nichts zurück."

In dieser gehobenen Stimmungslage gibt sie oft die extravagantesten Antworten, ist nur schwer dazu zu bringen, sich der Situation entsprechend zu verhalten. Alle ihre Antworten begleitet sie mit übermütigem Lächeln, es fehlt ihr jede Hemmung. Charakteristisch sind z. B. die Antworten:

Wozu sind Schutzleute da? — „Die wissen selbst nicht, warum (lacht), zum Schutz des Publikums; wenn sie schützen sollen, laufen sie weg."

Wozu sind Gerichte da? — „Zum Verurteilen, weiter tun sie nichts, erst verurteilen sie, und wenn die jungen Damen sechs Monate abgesessen haben, machen sie eine Badereise" (lacht).

Wird man wegen Lügen vor Gericht bestraft? — „Nein, die Menschen brauchen es ja nicht zu glauben."

Was haben Sie für Pflichten gegen Ihre Mitmenschen? — „Die laß' ich all' ruhig laufen, ich scher' mich nicht um keinen Teufel, gar keinen. Die sind einem schließlich doch ganz gleichgültig; ich hab' eine gute Stellung, wenn der Mann lostobt, schrei' ich, daß die Bäume wackeln, dann ist er still, das ist das beste Mittel, die anderen fangen an zu heulen."

Im Kontrast zu diesen übermütigen Antworten stehen die gleich darauf gegebenen:

Worin würden Sie Ihr Glück finden? — „Wenn ich ganz allein für mich sein kann, weil ich die Einsamkeit liebe."

Was würde Ihnen Vergnügen machen? — „Auch wenn ich allein wäre."

Bei den Befragungen tritt namentlich, soweit die Fragen persönliche Verhältnisse der E. berühren und nicht reine Wissensfragen sind, eine sehr merkwürdige Erscheinung zutage. Diese Erscheinung wird am besten demonstriert, indem die Mitteilungen der E., die sie bei den verschiedenen Gelegenheiten gemacht hat, möglichst genau wiedergegeben werden. Die Frage nach ihren Eltern produziert folgende Mitteilungen bei der ersten Befragung:

„Der Vater war Rittmeister in O., er hieß J. E. E., die Mutter war eine geborene A. Die Familienverhältnisse waren sehr unglückliche. Der Vater hat die Mutter erschossen und dann sich selbst durch Erschießen ums Leben gebracht, nachdem er zuvor noch seine Tochter (die E.) aufgehängt hatte. Über die Verhältnisse der Familie will sie sich weiter nicht auslassen, es berührt sie zu sehr. Zwei Brüder, die im Kadettenkorps erzogen wurden, haben sich ebenfalls erschossen. Sie selbst wurde in der Familie des Dr. W. in O., Leibarzt der Königin von G., erzogen, besuchte die Töchterschule und ein Pensionat in Bad P. Mit 15 Jahren nahm sie in H. eine Stellung als Kinderfräulein an. Später lernte sie in C. die Familie B. kennen. Der Sohn wollte damals Medizin studieren, entschloß sich aber dann in St., sich dem juristischen Studium zu widmen. Die Familie B. ist enorm reich. Sie wurde als Gesellschaftsdame der Frau B angestellt, fand aber eine Behandlung wie ein Kind des Hauses. Die alte Frau B. zog mit ihrem Sohn nach St. Die Familie bezog eine große Villa am C. Mit ein Grund, daß die Familie nach St. zog, war der Umstand, daß in E.-L. keine Einkommensteuer bestand. E. erzählt dann ausführlich,

wie die Familie B. ein reiches gesellschaftliches Leben führte, nennt eine Reihe Namen aus der St. Gesellschaft, z. B. Professor S., dessen imposante Persönlichkeit sie schildert usw. Überall war sie als der verwöhnte Liebling der Familie B. zugezogen. Sie konnte sich alles erlauben, jeder ihrer Launen wurde nachgegeben. Der junge B. war ihr erklärter Bräutigam. Er war stark in sie verliebt, es war aber nur eine rein platonische Liebe. Geheiratet hätte sie ihn nicht. Vor einem Mann, der ihr jeden Willen tut, kann sie keinen Respekt haben, sie wünscht sich einen Mann, der sie stramm in der Kandare hat. Die jungen Herren, die mit B. verkehrten, haben ihr oft Liebesanträge gemacht, sie blieb immer standhaft. Da viele darauf ausgingen, den jungen B., die reiche Partie, für ihre Schwester einzufangen, suchte man sie auf alle Weise von B. loszubringen, man suchte sie selbst zu verführen. Namentlich ein junger Staatsanwalt, ein schöner Mensch (lebhafte Schilderung), der tatsächlich Eindruck auf sie machte, war stark hinter ihr her. Es erregte die Eifersucht des jungen B. ganz besonders, als einmal der Zufall es wollte, daß in einem Hotel der Staatsanwalt ein Zimmer neben ihr hatte. B. machte ihr eine Eifersuchtsszene, sie redete sich auch in Eifer hinein und ließ das Wort fallen, ich habe als Frau nichts von dir. Heddy, da hast du die größte Dummheit in deinem Leben gemacht. Sie schildert dann hochdramatisch und in der zartesten Weise, wie es bei dieser Gelegenheit zum intimen Verkehr mit B. kam, wie sie dann nach genossener Liebe wie die ertappten Sünder weinend in den Zimmerecken standen. B. trifft keine Schuld, sie war die Verführerin. Am nächsten Tag packte sie ihre Sachen und verließ das Haus. Die alte B. ließ sie aber zurückkommen, es sollte in jeder Weise für sie gesorgt werden. Eines Tages merkte sie, daß B. im Kalender die Woche rot angestrichen hatte. Sie fragte den Rechtsanwalt F., einen Freund des Hauses, den sie nur den Onkel nannte, so vertraut war sie, was das bedeute. Der lachte und antwortete, man erwarte, daß Heddy ein Kindchen bekomme. Das Verhältnis zur Familie B. lockerte sich schließlich; von allen Seiten suchte man sie aus dem Wege zu schaffen. Sie löste das Verhältnis zu B. und zog nach W. Man wollte ihr eine Abfindung geben, sie wies sie aber von sich. Das war töricht von ihr. Später hatte sie eine Ausstattung für 10 Zimmer angenommen, als sie eine Pension einrichtete. Während ihres St. Aufenthalts ist sie auch als Zirkusschulreiterin aufgetreten im Zirkus S. Sie war von Jugend auf eine perfekte Reiterin, schon als Sechsjährige hatte sie ihr Pferd. Ihr Vater war passionierter Reiter, stets in der Manege; so oft ein Zirkus in O. war, verkehrte er stets darin. Mit dem Zirkus S. ist sie von St. aus weitergezogen, sie war in Moskau, Riga usw., überall auftretend. Die Familie B., der junge B. und die alte Dame zogen überall mit.

In St. hat sie viel veröffentlicht, in Zeitschriften, in illustrierten Frauenzeitungen, auch für die „Zukunft" hat sie Aufsätze geschrieben. Unter andern hat sie darin ihren eigenen Tod beschrieben, der Aufsatz

führte den Titel „Mein Tod". Sie war sehr befreundet mit der Tochter des o.... Ministers von J., einer Schulfreundin. Diese hatte in O. ein Liebesverhältnis mit einem Leutnant, mit dem sie sich unter anderm hinter Zigeunerwagen traf. Das Verhältnis hatte Folgen; Frl. v. J. verschwand für einige Zeit. Als sie zurückkehrte, wandte sich die Gesellschaft von ihr. Sie ergab sich darauf der Schriftstellerei. Das Buch: „Unsere lieben Leutnants" hat das Frl. v. J. als E. R. veröffentlicht. Der Kadett darin „bin ich". „Auch die Witze sind von mir." Der Erfolg dieses Buches veranlaßte sie selbst zu schreiben. da der Hauptinhalt desselben doch von ihr stammte. Ihr Vater, der Rittmeister, verkehrte viel mit dem Minister R., dem bekannten Spieler. Er war damals noch Assessor, es wurde aber damals schon stark gejeut, usw. Diese Angaben wiederholt E. bei verschiedenen Unterredungen in der gleichen Weise, natürlich nicht jedesmal den ganzen Zusammenhang, sondern je den einen oder andern Teil, der gerade in Frage kommt. Dabei variiert sie Einzelheiten, so rückt ihr Vater vom Rittmeister zum Major auf. Während sie früher die Abfindungssumme von sich weist, erhält sie diesmal 40 000 M. Sogleich schließt sie daran eine neue Erzählung. Dies Geld hat sie um eines Hauptmanns willen verausgabt, mit dem sie in W. ein Verhältnis hatte. Es war damals der einzige Mann, den ich wirklich geliebt habe. Einzelne Fragen veranlassen sie, auch sonst neue Geschichten zu erzählen. Bei einer Exploration gefragt, was sie tun würde, wenn sie jemand ins Wasser fallen sähe, antwortet sie, ich würde nicht nachspringen, lacht laut und fängt an zu erzählen: „Undank ist stets der Welt Lohn." Sie berichtet in weitschweifiger, ins einzelne gehender Art, wie sie eines Tages in schlechter Stimmung in die Berge lief, sich bessere Laune zu holen. Plötzlich sah sie in der Ferne einen Körper an einem Baum hängen. Als sie hinzukam, fand sie einen Erhängten, sie schnitt ihn sofort ab, brachte ihn wieder zu sich, stärkte ihn. Kaum fähig, sich wieder zu rühren, sprang der Mann auf und versetzte ihr eine Ohrfeige. Sie werde keinen mehr abschneiden.

Bei einer der letzten Unterredungen wurde der E. an der Hand der Akten vorgehalten, ihre sämtlichen Angaben seien unwahr, seien Schwindel, einfach gelogen. Der schärfste Vorhalt macht aber gar nicht den Eindruck, den man erwarten müßte. Als ihr direkt gesagt wird, sie sei keineswegs Majorstochter, sondern die uneheliche Tochter der S. A., scheint sie überrascht, momentan wie entsetzt über die Enthüllung und ruft dann aus: „Jetzt versteh' ich, warum immer die Streitigkeiten zu Hause waren, woher die unglücklichen Verhältnisse zwischen Vater und Mutter rührten." — Wer war denn Ihr Vater? „Mein Vater war Großkaufmann in Bremen" — fängt sie neu an zu erzählen. Er habe sich jetzt zurückgezogen, lebe in Bad Ö. Sie habe lange keine Verbindung mit ihren Eltern gehabt, werde aber wieder brieflichen Verkehr anknüpfen. Möglicherweise sei ihr Vater nicht in Ö., sondern in N. Sie nehme das an, weil er hier früher Geschäfte betrieben habe, Tabakeinkäufe. Sie erzählt

weiter, daß sie die Mutter nie recht leiden konnte, dagegen zum Vater sich hingezogen fühlte. Sie sei nur selten zu Hause gewesen, viel in den Torfkeller gesperrt worden. Ihre Großmutter habe sie nur zweimal gesehen usw. Der Einwand, daß ihr Vater doch Major sei und sich erschossen habe, berührt sie kaum; ohne Verlegenheit berichtet sie, der Major sei nur ihr Onkel gewesen.

Durch scharfes Zureden und Einreden seitens zweier Ärzte gelingt es, in derselben Unterredung von E. das Zugeständnis zu erhalten, daß die ganze Erzählung mit der Familie B. sich auf die Tatsache reduziert, daß sie die Maitresse eines Studenten B. war. Die „alte Dame" hat sie nie kennen gelernt. Nur einmal habe sie dieselbe ohne deren Wissen in einer Restauration gesehen. Auch die ganze Zirkusreiterei ist nicht tatsächlich. Versuche, von E. ein Motiv, eine Erklärung für ihre Erzählungen zu erhalten, sind vergeblich. Wie wenig ihr Zugeständnis mit einem wirklichen Verständnis der Situation verbunden ist, zeigt sich sofort, indem E., durch einige Fragen abgelenkt, mit der größten Harmlosigkeit eine neue Geschichte zu produzieren beginnt: Eines Abends war sie in S. allein in ihrem Zimmer, als am Fenster geklopft wurde, zu ihrem Schreck sah sie einige Offiziere am Fenster, die einsteigen wollten — denken Sie! Ich bin doch keine Dirne! Sie hatte gerade ihr Seidenhündchen auf dem Schoß, an der Tür stand der große Hund. Sie rief das Dienstmädchen usw. (Folgt ein langer Roman.) Eine ganz sachliche Unterredung mit dem Arzt wird von E. hinterher dem Personal gegenüber zu folgendem Phantasiegebilde: Dr. N. stellte sich als Landsmann vor, da haben wir uns von O. erzählt. Er fragte mich, ob ich ihn kenne. Ach Ferdinand, sagte ich, das bist du! weißt du noch, als wir gespielt haben und ich dich allein an der großen Eiche stehen ließ.

Da fing er an zu lachen und sagte: ja, da haben wir gewohnt.

Dr. N. fragte mich: „Wissen Sie noch, wie Sie mich aus dem Misthaufen gezogen haben? der Mist ist mir aus Mund, Nase und Ohren gekommen." Er frug mich, warum ich nicht geheiratet hätte, da sagte ich: warum haben Sie denn nicht geheiratet? Er sagte: „Die ich liebte, die wollte mich nicht"; dann sagte ich: „Das Glück konnte ich noch nicht ergreifen." —

Über den Herrn, bei dem sie in letzter Zeit Krankenpflegerin ist oder sein will, erzählt E. dem Personal: „Bei dem Herrn, wo ich bin, kann keine sein als ich, weil der Herr so gemein ist. Seine Frau darf nicht zu ihm kommen, besonders wenn sie Geld haben will. Aber mir vertraut er alles an, sämtliches Geld geht durch meine Finger. Er will auch niemand lieber um sich haben, als nur mich. Ich erlaube mir auch alle Frechheit zu ihm. Auch schlafe ich bei ihm im Zimmer. Nur ist mein Bett mit einer spanischen Wand getrennt, ich muß sie aber abends immer zurückziehen, daß er mich sehen kann. Das Zimmer ist so heiß, daß ich infolgedessen keine Kleider trage, sondern stets in der Nachtjacke und Pump-

hose herumlaufe, auch wenn Besuch kommt, denn die Herren kennen mich ja alle usw."

Dem Arzt gegenüber erzählt sie, sie sei Krankenpflegerin bei Herrn W. Denken Sie, wie die Verhältnisse im Leben sich fügen. Der Herr W. ist der frühere Bursche meines Vaters. Er erkannte mich gleich, sagte zu seiner Frau: „Es ist noch immer die alte Heddy." Sie erzählt dann gelegentlich einer Frage nach ihrer Straftat: An dem Tag des Termins sei sie durch die Familie W. so in Anspruch genommen gewesen, daß sie den Termin vergessen habe. Es sollte Verlobung im Hause gefeiert werden. Der Bräutigam sollte eine große Geldsumme bei der Verlobung erhalten. Es war aber kein Geld vorhanden, der reiche Mann und kein bares Geld. Ich schickte gleich zum Bankier und ließ eine Aufstellung machen. Weiter erzählt sie, die Frau W. habe sie im Dogcart nach Schl. vorausgeschickt, um alle Vorbereitungen für die Gesellschaft zu treffen. Sie wartete dort stundenlang, es kam aber niemand usw.

Über den Herrn W. erzählt sie noch, er habe in der Lotterie eine große Summe gewonnen und sei dann durch Spekulationen zu seinem Vermögen gekommen. Er trinkt nur Sekt. Alles fürchtet sich vor ihm, nur sie vermag ihm zu imponieren. Manchmal wird er zudringlich, erreicht aber nichts. „Und wenn Sie mir 10 000 M. hinlegen, auch dann nicht." „Der Racker", meint darauf Herr W. Einige charakteristische Äußerungen, die E. auf der Abteilung gemacht hat, mögen noch angeführt werden.

Ich habe einem Herrn meine letzten 40 000 M. gegeben. Ich hätte schon sehr reiche Partien machen können, ich habe 60 000 M. geerbt, habe ein Verhältnis mit einem Schutzmann gehabt und diesem seine ganzen Schulden gedeckt. In ihrer Stellung bekommt sie als Trinkgeld nur 100 und 150 M. Früher hatte ich vier Dienstmädchen, ich trug immer sehr hübsche Kleider und habe eine tadellose Figur. Ich unterstütze zwei Brüder, die studieren.

In der Anstalt, wo ich als Pflegerin war, wurden die Kranken mit Gummischläuchen geschlagen. Jede Pflegerin hat einen im Gürtel hängen. Ich habe ein Buch geschrieben über Ehebruch, und ich habe glattweg den ersten Preis bekommen. Ich war verlobt mit einem Herrn v. L., ich wußte diesen Mann so zu fassen, daß er seine 7 Maitressen aufgab. Ich habe ein Pferd totgeschossen, weil ich nicht haben wollte, daß es fremde Leute bekommen. Um Menschen kann ich nicht weinen, aber um Tiere. Ich bin einmal in W. bei einem Hauptmann unter der Allee gesessen, gegenüber saß ein junges Fräulein. Die Vorübergehenden staunten, daß gerade ich bei dem Hauptmann saß.

Wann ich in W. über die Straße geh', kann ich mich kaum retten von Verehrern, so laufen mir die Herren nach, und da gehe ich ganz ehrbar über die Straße.

Die Beobachtung hat ergeben, daß E. deutlichem Stimmungswechsel unterworfen ist. Einmal ist sie merkwürdig sorglos, heiter gestimmt, dann wieder ist die Stimmung moros, fast gedrückt; sie ist dann gleichgültig, wenig gesprächig. Diese Stimmungen befallen sie ohne äußere Veranlassung und wechseln oft äußerst rasch. In ihren heiteren Stimmungen ist ihr Selbstgefühl ganz bedeutend gesteigert.

Aus der Vorgeschichte ergibt sich, daß E. schon vor Jahren dieselben psychischen Erscheinungen geboten hat, wie wir jetzt beobachtet haben. Schon 1898 macht ihr Benehmen den Polizeibeamten den Eindruck des Pathologischen. E. ist genau wie jetzt, völlig einsichtslos für die Situation, hochgradig gereizt und von maßlos gesteigertem Selbstgefühl. Eine geordnete, verständige Auseinandersetzung mit ihr ist ganz unmöglich. Sie äußert dabei Vorstellungen, die die Beamten zu dem Urteil veranlassen, sie leide an Größenwahn. Aus den Bekundungen des Referendars B. geht weiter hervor, daß E. damals dieselben phantastischen Geschichten über ihre Person produzierte. Die Angabe des Herrn B., daß sie Schriftstellerin sei, als Zirkusreiterin und Schauspielerin aufgetreten sei, daß sie in hohen Kreisen verkehrt habe, was aber vorläufig Geheimnis bleiben solle, sind weiter nichts als die Erzählungen der E. selbst, mit denen sie Glauben gefunden hat. Wenn sie bei einer Vernehmung angibt, von Bülow sei ihr Bühnenname, wenn sie in K. als „Gräfin Bülowff aus Warschau auf der Rückreise von Sizilien" angemeldet wird, so beweist auch das, daß sie schon zu jener Zeit genau die gleichen Symptome geboten hat. Das ist nicht anders zu erwarten, da es sich eben um einen dauernd bestehenden, auf angeborener psychopathischer Veranlagung beruhenden psychischen Zustand handelt.

Bei allen fünf Krankheitsfällen finden wir, daß der Hang zum Fabulieren ein unwiderstehlicher ist und anscheinend nicht durch Willensanstrengung unterdrückt werden kann. Im Rahmen der Gesundheitsbreite beobachtet man häufig das Vorkommen einer ausgeprägten Neigung zum „Luftschlösser bauen". Derartige Personen pflegen meist eine gut entwickelte Phantasie zu besitzen. Wenn sie irgendeinen Wunsch haben, so pflegt in ihrem Bewußtsein die Vorstellung der Erfüllung desselben aufzutauchen. Wenn ich das Gewünschte besäße, dann würde ich dieses oder jenes tun. An diese Vorstellung knüpfen sich Detailschilderungen der günstigen Lebensstellung und der veränderten Verhältnisse in der Familie. Die sich weiter daraus entwickelnden Situationen stehen den Betreffenden sehr deutlich vor Augen. Erfüllen sich die Wünsche nicht, dann wird die Enttäuschung meist sehr unangenehm empfunden. Das Unlustgefühl der Enttäuschung läßt in derart sanguinisch veranlagten

Naturen, wie man sie im Volke nennt, den festen Vorsatz entstehen, der Phantasie nicht wieder so die Zügel schießen zu lassen. Doch da zeigt sich ein seltsamer Umstand. Sie können nicht anders. Wohl ist die Ausmalung hoffnungsreicher Zukunft, das Bauen von Luftschlössern mit ausgesprochenem Lustgefühl verbunden. Dieses Lustgefühl ist aber nicht das wesentliche Moment, das zum „Bauen von Luftschlössern" führt. Das wesentliche ist ein unwiderstehlicher Zwang. Mir ist wiederholt gesagt worden, wenn ich, besonders bei jugendlichen Personen, in Bekanntenkreisen auf die nachfolgende Enttäuschung hinwies: „ich kann nicht anders; gegen meinen Willen muß ich immer wieder daran denken". „Ich werde ganz absorbiert von dem Gedanken, wie sich alles gestalten wird, wenn ich diese Stellung bekäme usw." Selbstverständlich vermag der geistig gesunde Mensch mit großer Willensanstrengung und durch Heranziehen hemmender Vorstellungen, vor allem durch das Heraufbeschwören der Unlustgefühle der eventuellen Enttäuschung das ungewollte Spiel der Phantasie zu unterdrücken. Aber es läßt sich nicht verkennen, daß die Produktion der sogenannten Luftschlösser auf der Überwertigkeit einer Gedankenreihe beruht. Das Spiel der Phantasie und der Impuls, sich „hineinzuträumen", erfolgt zwangmäßig und gegen den Willen des davon Betroffenen. Es ist ein ähnlicher Zwang, wie er der Produktion wertvoller Kunstschöpfungen begabter Menschen zugrunde liegt. Der Dichter muß schöpferisch tätig sein nicht nur, weil das „Schaffen" ihm Lustgefühle erzeugt, sondern auch, weil ein unwiderstehlicher Zwang ihn unter Umständen gegen seinen Willen dazu treibt. Dieser Impuls scheint mit innerer Unruhe verbunden zu sein. Ein Hindernis, das „dem Schaffen" entgegensteht, führt zu lebhaften Unlustgefühlen. Letztere entladen sich in der Norm, wie bekannt ist, in Affekten und sind sehr kenntlich an einer allgemeinen Reizbarkeit.

Analoge innere Vorgänge liegen den krankhaften Erdichtungen und Phantastereien der mit Pseudologia phantastica Behafteten zugrunde. Der zwangmäßige Impuls zum Dichten bei den anscheinend dichterisch veranlagten Kranken ist derselbe. Auch die Lust- und Unlustgefühle spielen eine ähnliche Rolle. Was ihnen fehlt, ist, wie mir scheint, erstens die Größe der Begabung, welche zu einer wirklichen Dichtung erforderlich ist, und zweitens die Fähigkeit, mit Aus-

dauer der geistigen Tätigkeit obzuliegen. Daß aber das Fabulieren für diese abnormen Schwindler ebenso Selbstzweck ist, wie die künstlerische Produktion für den Dichter, scheint mir sicher.

Noch in zweites Moment glaube ich bei Betrachtung der fünf Krankheitsfälle erwähnen zu müssen. Das ist die Beziehung des Fabulierens zu dem Handeln dieser Psychopathen. Der krankhafte Impuls, der zum Fabulieren drängt, ist verbunden mit dem Drange, die Rolle der erdichteten Person zu spielen. Der Dichter, wenn ich das Bild brauchen darf, will zugleich als Schauspieler auftreten. Dieser Impuls findet sich niemals bei dem normalen Künstler oder Dichter. Letzterer sieht die Gestalten seiner Phantasie greifbar vor sich (ich erinnere an den Romanschriftsteller Dickens), er gewinnt dieselben lieb und trennt sich sogar schweren Herzens von denselben. Es fehlt ihm aber auch die Andeutung des Impulses, im Leben selbst als eine seiner dichterischen Gestalten zu erscheinen. Der Impuls, die Rolle zu spielen, in die man sich hineinträumte, ist exquisit abnorm. Der normale Mensch trennt Dichtung und Handeln. Der Kranke dagegen handelt der Situation entsprechend, die er erdichtet hat. Daß dieser Impuls aber ebenso wie der vorerwähnte durch seine Unwiderstehlichkeit und Intensität gekennzeichnet ist, sieht man besonders bei B., C. und bei der E. Ohne jeden Vorteil sozusagen in ihr Unglück hineinrennend, spielen sie ihre Rollen. Sie spielen sie allerdings mit Freude und Lust. Nach der Erfahrung, die wir in der Norm des Fabulierens machen, möchte ich auch bei dem Impulse, eine bestimmte Rolle zu spielen, das Lustgefühl dabei weniger betonen, wie den unwiderstehlichen Zwang. Das Unlustgefühl, das mit der Unterdrückung des Triebes zum „Schauspielern" verbunden ist, mag doch die wichtigere Rolle beim Zustandekommen der krankhaften Handlung spielen. Besonders bei B. sieht man das deutlich. Er spielt dauernd sein ganzes Leben hindurch eine Rolle. Als Mäcen, der er so gern sein will, schauspielert er. Ebenso als der von Polizei und Jesuiten Verfolgte. Sein ganzes Benehmen bis in die Details hinein entspricht der Rolle der erträumten Figur. Bei A. und D. tritt das dagegen weniger oder gar nicht hervor.

Ein weiteres krankhaftes Moment, das wir bei keinem der fünf Krankheitsfälle vermissen, ist neben dem gesteigerten Selbstgefühl die egozentrische Richtung des Gedankenganges. Auch diese

Vorstellungen, die sich auf das eigne „Ich" beziehen, scheinen überwertig zu sein. Selbstgefühl hat auch der normale Dichter. Sehen wir ganz von dem zunächst ins Auge fallenden Umstande ab, daß der wahre Dichter mit Recht gesteigertes Selbstgefühl zeigt. Denn das richtige Bewußtsein seines wahren Wortes muß ihn seine Überlegenheit über den Durchschnittsmenschen erkennen lassen. Bei dem pathologischen Phantasten dagegen stehen Selbstbewußtsein und Leistung in lächerlichem Widerspruch. Die Unfähigkeit, diesen Widerspruch zu erkennen, beweist eine krankhafte Schwäche des Urteils. Aber, abgesehen davon, hat der normale Künstler oder Schriftsteller trotz des noch so gesteigerten Selbstbewußtseins niemals das Bestreben, sich zum Helden seines Dramas zu machen. Er steht sozusagen trotz der innigsten Teilnahme für die Persönlichkeit und die Schicksale der Kinder seiner Phantasie über der Situation. Er bleibt objektiv, er muß, wenn er schafft, sein „Ich" zurücktreten lassen und aufgehen in seiner Schöpfung. Er betrachtet die erdichteten Vorgänge und Gestalten sozusagen von einer hohen Warte herab. Nur so ist ein wirkliches „Schaffen" denkbar. In allen Fällen aber, die ich gesehen habe, sowie auch in den beschriebenen Krankengeschichten finden wir, daß der erdichtete Roman sich ausschließlich mit der eigenen Person des Kranken beschäftigt. Das „Ich" erfüllt das Bewußtsein derartig, daß die übrigen Phantasiegebilde als Statisten erscheinen. Held aller Romane und Erzählungen sind immer die Kranken selbst. Das Krankhafte dieser „Ichvorstellung" tritt im Gegensatz zu dem normalen Denken des wahren Dichters besonders scharf hervor. Zugleich ergibt sich auch klar, daß die Steigerung des Selbstbewußtseins nicht direkte Ursache des „Heldentums" unserer abnormen Lügner bildet. Man könnte sagen: Der abnorme Lügner und Schwindler kann an nichts anderes denken wie an sich. Er ist daher nicht nur Egoist im Leben überhaupt, wie das auch der wahre Dichter sein kann. Er ist ein krankhafter Egoist im Fabulieren.

Außer dem unwiderstehlichen Hang zum Fabulieren im Denken und Handeln zeigt uns die Durchsicht vorstehend geschilderter Krankheitsfälle eine Reihe von anderen Störungen der intellektuellen Funktionen, welche allen Fällen gemeinsam zu sein scheinen und vielleicht etwas Typisches haben. Zunächst ist auf die Herabsetzung der Merkfähigkeit hinzuweisen, welche uns in den Fällen B., D.

und E. entgegentritt. Nur auf diese Störung sind die vielfachen Widersprüche zurückzuführen, welche wir in den Angaben der Kranken finden. Besonders die E. wechselt mit einzelnen Details ihrer Darstellung auffallend häufig, ohne das zu bemerken. Innerhalb weniger Minuten machte B. z. B. widersprechende Angaben. Diese Form der Gedächtnisschwäche trägt sicher viel zu dem Zustandekommen der auffallenden Erinnerungsfälschungen bei. In den Fällen A. und C. war allerdings Herabsetzung der Merkfähigkeit nicht deutlich nachzuweisen.

Das Bestehen einer anderen Form von Gedächtnisstörung konnte dagegen bei keinem der beschriebenen Fälle wahrgenommen werden. Das Gedächtnis für weiter zurückliegende Ereignisse wie auch für die Vorgänge innerhalb der Anstalt selbst war nicht in gröberem Maße gestört. Allerdings hat man häufig den Eindruck, daß die Erinnerung der Kranken an ihre Straftaten nicht ganz klar ist. Sorgfältige Nachprüfung ergab aber in jedem Falle, daß die Erinnerung an Vorgänge, die zeitlich mit den unangenehmen Erlebnissen zusammenfallen, ungestört geblieben ist.

Die Kranken haben anscheinend Unlustgefühle bei Erwähnung ihrer Delikte und wollen an das Unangenehme nicht denken. Bei ihrer ausgesprochen psychogenen Veranlagung bedarf es daher tatsächlich einer gewissen Willensanstrengung zur Überwindung dieser Unlustgefühle. Zwingt man sie „sich darauf zu besinnen", so zeigt es sich, daß die zeitliche Einordnung der unangenehmen Erlebnisse in ihren Gedächtnisinhalt eine normale ist. Auch auf das Wesentliche können sie sich besinnen. Diese vielfach als Gedächtnisschwäche gedeutete Unlust, sich über bestimmte Dinge zu äußern, ist am besten als eine leichte psychogene Hemmung zu deuten. Die Hemmung ist wiederum die Folge einer seelischen Erregung, in welche „das Aufrühren dieser alten Geschichten, die niemanden was angehen," die Kranken versetzt. Was ich unter einer psychogenen Gebundenheit verstehe, habe ich in einem Aufsatz über das Zustandekommen der psychogenen Zustände („Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie", Band 65, 2. Heft) überhaupt erörtert.

Ein weiteres Symptom, das wir in allen fünf Krankheitsfällen bemerken, ist eine Schwäche des Urteils, welche mir in bestimmter Weise charakterisiert erscheint. Das Urteil ist im allgemeinen zureichend. Der Gedankengang ist folgerichtig. Die sprachlichen und

schriftlichen Äußerungen sind klar und logisch. Die Kranken sind imstande, gegebene Situationen völlig richtig zu beurteilen; auch vermögen sie in den meisten Fällen die Wahrscheinlichkeit oder die Unwahrscheinlichkeit ihrer lügenhaften Angaben zu erkennen. In den Fällen A., B., C. und D. sehen wir das Bestreben, solange es irgendwie möglich ist, den Boden des „Möglichen" in ihren Dichtungen nicht zu verlassen. Erst bei längeren Ausführungen wird die Kritik geringer, und die Phantasie geht sozusagen mit ihnen durch. Um den Grad des Urteils der Kranken zu erkennen, müssen wir uns vorstellen, wie ein normaler Mensch, der lügt, z. B. Notlügen vorbringt, sich verhalten würde. Die Einzelheiten der Dichtungen sind möglich. Auch ein normaler Mensch würde sie vorbringen, wenn seine Charakterveranlagung und gewisse Umstände ihn dazu veranlassen würden. Was den normalen Lügner aber abschrecken würde und den Zuhörer zu einer Kritik herausfordert, ist die Häufung der Abenteuer. Wenn A. von seinen Autofahrten erzählt, so fällt dem kritischen Zuhörer zunächst nichts auf. Wenn er aber Abenteuer an Abenteuer reiht, schließlich zu Tötungen gelangt, so wird das der Kritik des Gesunden verdächtig erscheinen. Wenn B. über eine Reise berichtet, so erscheint das zunächst glaubhaft. Die Steigerung der Abenteuer und ihre Häufung frappiert den objektiven Kritiker. Der normale Verstand wird stets im Auge behalten, daß der Zuhörer Kritik übt. Das Empfinden kritisiert zu werden, wird ihn von der Lüge zurückhalten. Das ist aber dem pathologischen Schwindler völlig gleichgültig. Wenn man der E. zehnmal nachweist, daß ihre Rede Lüge war, so wird sie mit verblüffender Sicherheit zur elften Lüge ausholen. Die Lüge eines anderen dagegen durchschaut sie mit scharfem Urteil. Ihr Urteil ist aber getrübt, sobald sie selbst lügt. Es fehlt ihr dann ebensosehr die Kritik des „eigen Ichs" wie die Kritik des Zuhörers. Sie denkt, wenn ich mich so ausdrücken darf, in diesem Moment nicht so weit wie der normale Lügner. Weiterhin ist folgendes Moment von psychologischem Interesse bei dem pathologischen Lügner. Die Fälle A., B., C., D. und besonders E. haben durchaus Empfinden für die Ehre und Achtung, die ihnen gebührt. Verächtliche Behandlung oder auch nur Mißachtung im Wesen werden sofort und sehr schwer empfunden. Bei B., C. und besonders der E. tritt sofort heftige Erregung, Zornaffekt mit nachfolgender Depression ein. Jeder normale Mensch, auch

der Lügner, muß naturgemäß Unlustgefühle haben bei dem Gedanken, auf derartigen Lügen ertappt zu werden. Das Gefühl, in der Achtung des Zuhörers, der die Unwahrheiten durchschaut, zu sinken, fehlt aber unseren Kranken völlig. Während sie sonst sorgfältig darauf achten, sich durch ihr Verhalten nicht verächtlich zu machen, zeigen sie eine auffallende Indolenz, wenn sie auf ihren Lügen ertappt werden. Sie denken offenbar nicht daran, daß man sie durchschauen könne. Jedenfalls fehlt diesem ethischen Urteil jede Gefühlsbetonung. Niemand kann in größere Erregung geraten als B. oder D., wenn man sie als Lügner bezeichnet. Nichtsdestoweniger besitzen sie „eine absolute Wurstigkeit" der Aufdeckung ihrer Lügen gegenüber. Eine weitere Trübung des Urteils fällt dem Beobachter bei unseren Kranken auf. Wird ihnen eine Lüge nachgewiesen, so umgehen sie in einer seltsamen Art den Kernpunkt der Frage. Ihre Antworten treffen nicht die Sache selbst, sondern nebensächliche Momente. Der kritische Beobachter empfindet diese ausweichenden Redensarten als töricht. Der normale Lügner wird, wenn die Lüge ihm klipp und klar nachgewiesen ist, schweigen und zugeben. Der pathologische Lügner widerspricht in einer Art, daß das objektive Urteil den Eindruck des Einsichtslosen hat. Man hat das Empfinden, daß er nicht begreifen, einsehen kann. Ich habe stets das Gefühl bei solchen Kolloquien gehabt, als antwortete der sonst so intelligente Mensch blind drauf los. Ich fragte mich stets, was macht ihn in diesem Augenblick blind? In meinem Gutachten B. habe ich versucht, einzelne Momente, in denen mir eine Urteilstrübung des Kranken hervorzugehen schien, zusammenzustellen. Ich gebe diesen Passus aus meinem Gutachten hier wörtlich wieder:

„Die Urteilsschwäche (richtiger Urteilstrübung) des Kranken zeigt sich

1. in seiner völligen Einsichtslosigkeit in bezug auf die zu seiner Verhaftung, zur Einlieferung in die Anstalt führenden und alle diejenigen Vorgänge seines abenteuerlichen Lebens, die schon bei oberflächlicher Überlegung als unsinnig und verschroben beurteilt werden müssen.

2. Tritt dieselbe in zahlreichen Äußerungen des Kranken in der Anstalt, in den Widersprüchen und den äußerst törichten Einwänden, die er zur Begründung seiner Behauptungen anzuführen pflegte, hervor. Z. B.: a) Es wird ihm nachgewiesen, daß der Graf X. ein Kind seiner Phantasie ist. Antwort: „Aber ich habe doch mit Russen verkehrt."

b) Zur Erklärung des Motives, aus welchem er seine Weltreise erfunden hat, gibt er an: „Sie glauben nicht, was man alles im Gefängnis denkt."

c) Auf die Vorhaltung seiner erwiesenen M.. er Zechprellereien antwortet er einfach: „Ich bin kein Zechpreller, alles ist gelogen." Auf die Schulden verwiesen, die er in F. zwecks Ausführung seiner unsinnigen Projekte gemacht hatte, sagt er einfach: „Ich habe keine Schulden." Er gibt zu, Holz usw. gekauft und nicht bezahlt zu haben, und bleibt doch einsichtslos dabei, nicht einen Pfennig Schulden zu haben.

d) Als Beweis führt er an, daß man in seiner Familie das Schuldenmachen nicht kennt.

e) Bei der Diskussion über seine Ehescheidungsaffäre gibt er Ehebruch zu, bestreitet ihn sogleich darauf wieder, weil er nicht Vater des Kindes sein will, gibt bei der nächsten Antwort wieder zu, einmal mit dem in Frage kommenden Mädchen verkehrt zu haben usw.

f) Nachdem ihm sein unsittliches Verhalten vorgehalten worden, produziert er eine umfangreiche Tirade zur Erklärung seiner angeblichen Sittlichkeit, führt dieselbe auf das glückliche Eheleben im elterlichen Hause zurück.

g) In derselben Weise erklärt er auch die gute sittliche Haltung seiner Schwestern, trotzdem er über den illegitimen Kinderreichtum derselben bereits Mitteilung gemacht hat.

h) Er soll den Verleger eines seiner Werke nennen und beruft sich auf das Kaiserliche Hofmarschallamt usw., das Auskunft über sein Werk geben könnte.

3. Ist Urteilstrübung in der ganzen Lebensführung, in den unsinnigen Projekten, in der Planlosigkeit der sogenannten Geschäfte des Kranken, ersichtlich.

Z. B.: a) In M. verschwindet er aus einem Hotel, in dem er eine Zeitlang gewohnt hat, ohne zu zahlen. In seiner neuen Wohnung gibt er die Adresse des Hotels an, mit der schwindelhaften Mitteilung, dort noch Gepäck liegen zu haben. Seine Zimmervermieterin stellte sofort den Tatbestand fest und setzte ihn an die Luft.

b) Ebenso urteilslos ist sein Pumpversuch bei einem Herrn G., den er in einem M.... er Restaurant kennen lernt. Er ersucht ihn, ihm 500 M. zu leihen, geht dann auf 200 M. herunter und begnügt sich schließlich mit 2 M. Von Raffiniertheit und gesunder Überlegung der naheliegenden Konsequenzen seines törichten Handelns kann keine Rede sein.

c) Auch seine unsinnigen Geschäftsunternehmungen, das E.... er Verlagsgeschäft z. B., sind so wenig überlegt. Die Schwindeleien in B. und anderen Orten sind so plump angelegt, daß sie sofort aufgedeckt werden mußten. Er engagiert einen Kassenboten,

bald darauf einen zweiten, ohne Beschäftigung für sie zu haben, und hebt umgehend ihre Sparkassenbücher ab. Die Entdeckung mußte der Tat ja auf dem Fuße folgen.

d) Der B.... er Gewehrschwindel beweist ebenso, wie die meisten übrigen Straftaten, wie wenig der Kranke imstande war, die Momente vorauszusehen, die unweigerlich zur Aufdeckung des Betrugs führen mußten."

Genau dieselbe Beobachtung machen wir bei den anderen Krankheitsfällen. E. äußert z. B. die Anschauung, „man habe überhaupt nicht nach ihrer Persönlichkeit, ihrer Vergangenheit zu fragen, auch vor Gericht nicht, das gehe niemanden was an." Durch diese Auffassung schadete sie sich sehr, besonders, da ihr Benehmen vor Gericht ein dementsprechend ungebührliches war. Das einzusehen, dazu ist sie aber nicht zu bringen. So wirkte auch auf C. der Umstand, daß seine Mordtaten nach aktenmäßiger Feststellung nur Erfindungen sein konnten, nicht überzeugend auf ihn.

Wir müßten nun erwarten, daß wenigstens bei einem der von mir beobachteten Krankheitsfälle eine Einengung des geistigen Gesichtsfeldes bestehe. Dem ist aber nicht so. Der Vorstellungskreis der Kranken ist sogar ein recht weiter. Die sorgfältigste Prüfung ergab keinen Defekt in dieser Beziehung. Die *Siolis*chen Fragebogen wurden gut beantwortet. Der Kreis der Interessen ist im Gegenteil ein weiterer, als man ihn sonst bei Leuten findet, denen jede Bildung und Erziehung fehlt. Ihre Auffassung ist vorzüglich, ist erheblich besser wie beim Durchschnittsmenschen. Es wird sicher wenige geben, die sich so wenig durch Einwände verblüffen lassen. Ihre Schlagfertigkeit, die Flüssigkeit ihres Stils in mündlicher und in schriftlicher Beziehung übersteigt erheblich die Norm. B. z. B. ist ein Mann, der trotz seiner geringen Schulkenntnisse einen reichen Interessenkreis besitzt und sich auf verschiedenen Wissensgebieten auch unstreitbar Kenntnisse erworben hat. Er beschäftigt sich in der Anstalt dauernd mit anregender Lektüre, verarbeitet auch das Gelesene. Er macht Notizen aus kunsthistorischen Werken. Auch die übrigen Kranken zeigen, daß sie manches gelesen haben, sich zufolge ihrer geistigen Beweglichkeit stets mit vielen, so auch politischen Fragen beschäftigt haben, die durchaus über dem Niveau ihres Bildungsgrades liegen. A. hat ebenso wie C. und D. so gut wie gar keine Schulbildung genossen.

Wenn man Briefe anderer ungebildeter Personen mit den schriftlichen Expektorationen unserer fünf Krankheitsfälle vergleicht, so läßt sich nicht bestreiten, daß der Intellekt der Kranken über dem Durchschnitt liegt. B. hat allerdings die Vorschule zum Seminar besucht. Alle anderen Kranken nur die Volksschule. Infolge ihrer geistigen Überlegenheit imponieren die Kranken auch den Personen geringerer Bildung. In der Anstalt wissen sie sich beim Personal und bei den Mitkranken bald in Ansehen zu setzen. Ihr Selbstbewußtsein erscheint ihrer Umgebung mit Recht begründet. Sie sind eben klüger wie die anderen. A. wurde beispielsweise in der Korbflechterei beschäftigt. Er war bald gewandter wie der Wärter, der das Handwerk erlernt hatte. Alles, was er leistete, war tadellos. Er denkt bei der Arbeit und versteht dieselbe zu organisieren. Dabei bleibt er bescheiden und fügt sich dem geistig ihm nicht gleichwertigen Wärter. Die suggestive Wirkung, die B. auf den Gemeindevorstand in F. geltend zu machen wußte, findet ihre Erklärung nur durch seine geistige Superiorität. Er imponiert ihnen auch nach seiner Entlarvung noch. Die betreffenden von ihm betrogenen und dupierten Personen besuchten ihn hier. Aus ihrem ganzen Wesen war ersichtlich, daß sie ihn wieder hochschätzten. Achtungsvoll nahmen sie seine Ratschläge in Empfang. Man hatte den Eindruck, daß sie sich, wenn er wieder käme, zum zweitenmal dupieren lassen würden. Allerdings ist das Auftreten und das ganze Benehmen der Kranken ungemein Vertrauen erweckend. Der ehrliche, offene Blick, die ganze biedere Art sich zu geben, alles macht, wenn ich den Ausdruck gebrauchen darf, einen so normalen Eindruck. Niemals Redseligkeit oder gar Geschwätzigkeit. Fragen werden kurz und sachlich beantwortet. Die E. antwortet auf die Frage: Lebt Ihr Vater? „Nein." Woran ist er gestorben? „Er hat sich erschossen." Es fällt ihr nicht ein, mit ihren Schwindeleien anzufangen, solange sie kein Interesse vermutet. Nie erzählen die Kranken ungefragt oder auf einfache Fragen hin ihre Dichtungen. Erst als die E. vertraut mit dem Arzte geworden war, packte sie aus; ebenso B. Allerdings sind auch die kurzen Antworten bereits Lügen. Aber gerade diese Eigenart, das Fehlen jeder Aufdringlichkeit und jeder Exaltiertheit bei Betätigung ihres Triebes zum Fabulieren erwecken den Eindruck des „Normalen".

Wir haben also eine eigenartige Trübung des Urteils bei unseren

Kranken festgestellt. Eine Urteilsschwäche, eine mangelhafte Entwicklung der Begriffs- und Urteilsbildung aber fehlt.

Es sind Personen, deren Intellekt das Niveau des Durchschnitts erreicht, vielleicht sogar mehr oder weniger überschreitet. Ihr Urteil ist klar und scharf, aber nur soweit die eigene Person nicht in Betracht kommt. Sie haben eine Situation z. B. völlig zutreffend beurteilt. Jetzt kommen sie selbst in die Lage, die sie in Beziehung auf dritte Personen mit Verständnis erfassen, da versagen sie mit einem Mal. Sobald ihr „Ich" in Frage kommt, werden sie blind. Sie verstehen keine Einwände mehr. Sie erfassen nicht mehr den Kernpunkt. Kommen sie in die Lage zu handeln, so begehen sie Straftaten, deren Folgen sie klar zu übersehen imstande sind. Warum sie im Moment der Tat ihr Handeln nicht der erforderlichen Kritik unterziehen, scheint mir aus den psychologischen Momenten hervorzugehen, die bei der Besprechung der pathologischen Lüge erörtert wurden. Es ist das krankhafte Fehlen jeder Selbstkritik in Verbindung mit einer abnormen egozentrischen Gedankenrichtung, welche das in anderen Fällen scharfe Urteil der Kranken trüben. Zugleich sind die Impulse, die vorher besprochen wurden, so intensiv, daß es wahrscheinlich gar nicht zu den assoziativen Vorgängen der Urteilsbildung im gegebenen Falle kommt. Wie eine Flutwelle überfluten die krankhaften Antriebe bei Fehlen der Selbstkritik das Bewußtsein. Nur das „Ich", das die Triebfeder der Handlungen bildet, bleibt die beherrschende Vorstellung. So kommt vermutlich die seltsame Urteilstrübung zustande, die bei dem sonst normalen Intellekt der Kranken in anderer Weise nicht leicht zu erklären wäre.

Die Stimmung der Kranken zeigt gleichfalls Anomalien, welche in mancher Beziehung kennzeichnend sind. Wir finden eine auffallende Reaktion der affektiven Sphäre auf äußere, als psychische Traumen einwirkende Anlässe. Und zwar zeigt sich bei A. Neigung zu Depression infolge der schädlichen psychischen Einflüsse, welche die Haft und der Eintritt in den Militärdienst mit sich brachten. Er machte Selbstmordversuche. Auch in der Anstalt trat nach der Enttäuschung, die ihm die Aufklärung seiner Lügen und die nicht sehr angenehmen Vernehmungen des Arztes bereiteten, traurige Verstimmung ein. Auch Vergiftungsideen, die Neigung zu Beschuldigungen des Personals machten sich bemerkbar. Das psychogene Moment war aber im ganzen

Verhalten des Kranken unverkennbar. Bei B. sind Depressionen wiederholt beobachtet. Stets ging aber ein heftiger Affekt im Anschluß an irgendwelche Erregungen voraus. Bei C. und D. finden wir gleichfalls auffallende Verstimmungen. Bei C. trat der ganze Symptomenkomplex der Pseudologia im Anschluß an eine tiefe Depression auf. Auch bei C. ebenso wie bei A. und B. standen Selbstmordgedanken einige Zeit hindurch im Vordergrunde. Aus seiner Selbstschilderung geht die gedrückte Stimmungslage sehr deutlich hervor. Auch der ängstliche Gesichtsausdruck des Kranken wird in der Krankengeschichte des Militärlazaretts erwähnt. Die anscheinend sehr lebhaften Halluzinationen des C. sind als psychogen sehr deutlich charakterisiert. Bei der E. finden wir eine ganz auffallende Stimmungslabilität. Sehr deutlich war bei ihr die Einflußbarkeit der krankhaften Verstimmungen durch äußere seelische Eindrücke. Eine mehr heitere Stimmungslage trat weniger hervor. Jedenfalls konnte niemals von einer hypomanischen Stimmungslage gesprochen werden. Redseligkeit, Ideenflucht usw. kam niemals auch nur andeutungsweise vor. Affektneigung war bei B., C. und E. sehr ausgesprochen. Die Neigung zu Affekten trägt, wie ich noch kurz bemerken will, wesentlich dazu bei, das Urteil der Kranken zu trüben. Blind vor Zorn, wie man volkstümlich zu sagen pflegt, werden B., C., D. und E. Das Gefühl, beeinträchtigt zu sein, veranlaßt besonders den B. zu den rücksichtslosesten Beschuldigungen. Jeder Einwand prallt dann an der überwertigen Vorstellung „Beleidigt zu sein" ab. Während der Dauer des Affektes sind seine Verfolgungsideen, die sich gegen Polizei und Jesuiten richten, unkorrigierbar.

Erblich belastet waren die meisten mit Pseudologia behafteten Kranken.

Fall 1. Mutter: nervenkrank. Großvater: Gehirnerweichung. Onkel: Suicid. Bruder: schwachsinnig.

Fall 2. Großvater an Potus zugrunde gegangen. Vater und Großvater: Dichter wie B. Schwestern: hochgradig hysterisch, ähnlich veranlagt wie B., zahlreiche uneheliche Geburten.

Fall 3. Vater: Potator. Mutter starb an Krämpfen.

Fall 4. Bruder: geisteskrank.

Fall 5. Anamnese nicht zu erhalten.

In anderen Fällen von Pseudologia sah ich außerordentlich schwere Belastung. So waren bei F., dessen Krankengeschichte ich noch kurz erwähnen will, fast alle Familienmitglieder geisteskrank und kriminell. Die weiblichen Abkömmlinge meist Prostituierte.

Psychopathische Züge, wie wir sie bei Entarteten finden, sind bei allen von mir beobachteten Krankheitsfällen von Pseudologia nachzuweisen. Alle diese Kranken sind von Jugend auf faul und unfähig zu dauernder Arbeit. Ihre Unstetigkeit macht sich auch in ihrem Wandertrieb bemerkbar. Sie vertragen keinen Tadel und können daher in keiner subordinierten Stellung existieren. Sich aber zu einer selbständigen Stellung emporzuarbeiten fehlt ihnen Ausdauer, Stetigkeit und Zuverlässigkeit. So unzuverlässig und unwandelbar wie in ihrem Denken sind sie in ihrem Handeln. Daher gelingt es keinem der geschilderten Kranken, ein Handwerk zu erlernen, trotzdem ihre Begabung völlig ausreicht. A., C., D., und E. haben nichts gelernt, trotzdem sie in der Lehre waren. B. vermochte nicht einmal die Vorschule zum Lehrerseminar zu beendigen trotz seiner hervorragenden Begabung. E. prostituierte sich früh. C. litt als Knabe an somnambulen Zuständen. Kriminell werden sie früh. Bei der E. tritt die Prostitution an Stelle der Kriminalität. In ihren sonstigen Charaktereigenschaften erkennen wir Anzeichen der Entartung.

Das Krankheitsbild, das wir vorstehend gezeichnet haben, zeigt in seinem Mittelpunkt den Trieb zum Dichten und zum Spielen der erträumten Heldenrolle. Die Kranken sind Dichter, die infolge bestimmter Defekte unfähig zum „Schaffen" sind. Im Zusammenhang mit ihrer seltsamen krankhaften Veranlagung zeigen sie eine Trübung des Urteils und eine Form der Gedächtnisstörung, welche mir besonders charakteristisch erscheinen. Um dieses Krankheitsbild gruppieren sich gewisse gleichfalls mir typisch scheinende Stimmungsanomalien und gewisse Charakterzüge, welche das Leben der Kranken so gleichartig gestalten. Es sind das vor allen Unstetigkeit und seelische Reizbarkeit. Das ganze Krankheitsbild erwächst auf dem Boden der Entartung.

Differential-diagnostisch grenzt sich der geschilderte Symptomenkomplex, den uns die fünf erwähnten Kranken bieten, mehr oder weniger scharf von ähnlichen Krankheitsbildern und der Norm ab.

Zunächst wäre die Unterscheidung von der normalen Lüge und dem geistesgesunden Schwindler zu erörtern. Den Hauptwert lege ich auf den Nachweis der Stimmungsanomalien und der sonstigen psychopathischen Züge. Der pathologische Schwindel an sich zeigt aber abgesehen von der charakteristischen Urteilstrübung und der Gedächtnisstörung bestimmte Unterscheidungsmerkmale. Er ist häufig zwecklos und läßt jedes normale Motiv vermissen. Jn den meisten Fällen läßt sich weiterhin die Unfähigkeit, Wahrheit und Lüge zu unterscheiden, wie die Unwiderstehlichkeit der Impulse zum Lügen und „Schauspielern" nachweisen. Der normale Lügner von gleicher Urteilskraft pflegt zu schweigen, wenn ihm die Unwahrheit seiner Behauptung unumstößlich sicher bewiesen worden ist. Der normale Lügner wird stets erkennen, daß ihm Unwahrscheinlichkeiten nicht mehr von dem Zuhörer geglaubt werden. Er wird, mit anderen Worten gesagt, zu einem bestimmten Grade von Selbstkritik und zu einem entsprechenden Verständnis der kritischen Betrachtungen des Zuhörers kommen. Die Folge dieser gesunden Ideenverbindung wird sein, daß er keine neue phantastische Erfindung produzieren wird. Besonders wird er keine zwecklose Lüge erfinden. Der krankhafte Lügner muß weiter lügen, weil er unter dem unwiderstehlichen Zwange seiner krankhaften Impulse steht. Dieses sind die wichtigsten differential-diagnostischen Kriterien im gegebenen Falle.

Recht instruktiv läßt sich dieser Unterschied zwischen der Lüge des Kranken und des Gesunden in folgendem Falle von Lügenhaftigkeit bei einem Verbrecher demonstrieren, dem ich in meinem Gutachten nicht den § 51 zubilligen konnte. Es war das ein Grenzfall bei einem Hereditarier. Interessant ist an dem Falle auch, daß sich vier Gutachten gegenüber standen. Ein kreisärztliches Gutachten erklärte den F. für geisteskrank, mein Gutachten für gesund. Das Medizinalkollegium stimmte in seiner gutachtlichen Äußerung mit demjenigen des Kreisarztes überein. Längere Beobachtung des Falles in Berlin führte zu einem Gutachten des Obermedizinalkollegiums, das sich dem meinigen anschloß. F. wurde bestraft. F. ist ein Juwelendieb, der etwa ein Jahr hindurch in Aufsehen erregender Weise und in schneller Aufeinanderfolge in den verschiedensten Staaten Europas (Deutschland, Österreich, Frankreich, Holland, Belgien, Schweiz) umfangreiche Pretiosendiebstähle beging. Trotz größter Kühnheit, mit der die Delikte ausgeführt wurden, und trotzdem die Staatsanwaltschaften vieler europäischer Staaten und Großstädte ihn verfolgten, gelang es dem Verbrecher, der Verhaftung ca. ein Jahr lang zu entgehen. Er

wurde schließlich durch die Unvorsichtigkeit seiner Geliebten, welche in einer vornehmen Schweizer Pension lebte, verraten und gelegentlich eines Besuches bei derselben verhaftet. Ich lasse kurz einige wichtige Daten, den Fall betreffend, folgen.

Heredität: Vater: Sänger von Beruf, war Verbrecher und geisteskrank.

Vatersbruder: Blitzdichter und Artist, Schwindler.

Mutter: geistesschwach, hysterisch.

Muttersschwester: Prostituierte und geisteskrank.

Zweite Muttersschwester: Prostituierte.

Dritte Muttersschwester: geisteskrank.

Bruder: kriminell und geisteskrank.

F. war bei einem Koch in der Lehre. Mußte fortgeschickt werden. Seit fünfzehntem Lebensjahr Verkehr mit Prostituierten. Sexuelle Perversionen. Der 23 jährige Angeklagte nicht vorbestraft, beging seine gesamten Straftaten von Februar bis Dezember 1904. Zur Erklärung der Herkunft großer Geldsummen, die er verlebt hat, erzählt er einen Roman, der völlig erlogen ist. Er ist Dichter und Schriftsteller, bezieht hohe Tantiemen, ist Autor hervorragender Bühnenwerke. Er ist großer Sportsmann, hält sich Rennpferde, wettet hoch, spielt hoch in Monte Carlo. Hat große Reisen z. B. nach Amerika gemacht, lebt in besten Verhältnissen in London und Paris. Schulbesuch infolge des unsteten Wanderlebens der Eltern nachweislich fast null.

Status: Grobe Schädelasymmetrie. Schläfenenge. Schmaler Schädel. Asymmetrischer Gesichtsschädel. Schiefstellung der Nase. Henkelohren. Darwinsches Knötchen, Wildermuthsches Ohr, wenig umgeschlagener Helix, schlecht abgesetzte Ohrläppchen. Stumpfe Sensibilität der Kopfhaut, Ungleichheit der Hörschärfe. Abschreckende Häßlichkeit des Gesichts im Affekt; förmlich affenartige Verzerrung. Bettnässen bis zum 20. Jahr.

Psychisch: Äußerst lebhafte Phantasie bei vorzüglichem Intellekt. Gute allgemeine Kenntnisse ohne Schulbildung. Weiter Interessenkreis. Schnelle Auffassung. Dichterische Begabung. Schrieb philosophische Aufsätze, dichtete leicht, oft mit gutem Humor, war aber zu träge, seine Verse aufzuschreiben. Stimmungslabilität und Affektneigung in geringem Grade. Im ganzen bot er das Bild des Hereditariers ohne Psychose.

Das Zustandsbild näherte sich ungemein dem Krankheitstypus, das wir bei den Pseudologia-Fällen zu sehen gewohnt sind. Es fehlten aber vor allem die ausgesprochenen seelischen Krankheitserscheinungen, welche wir vorher als zum Typus der Pseudologia gehörig zu skizzieren versucht haben. Vor allem aber fehlten die Kriterien der „pathologischen" Lüge. Der Roman, den er erfand, erinnert allerdings ungemein an die lügenhaften Erzählungen des B. und der E. Auch er ist ein großer Dichter und Schrift-

steller, der große Reisen gemacht hat. Sein lügenhafter Bericht verfolgt aber einen bestimmten Zweck. Er will eine Quelle für den Erwerb der kolossalen Beträge angeben (angeblich bis zu 100 000frs.), die er verbraucht hat. Er hat tatsächlich ein Jahr hindurch wie ein vornehmer Herr gelebt, der großen Luxus treibt. Seine Reisen unter falschem Namen unterscheiden sich scharf von den Schwindelreisen unserer Pseudologia-Fälle. Er mußte unter falschem Namen leben, weil er sonst verhaftet worden wäre. Das Dunkel, in das er sein Vorleben zu hüllen suchte, sollte demselben Zwecke dienen. Er phantasiert sich vielleicht mehr zusammen als zur Erreichung seines Zweckes nötig ist. Aber seine Lügen sind nicht motivlos. Aus Lust am Fabulieren log er nicht. Auch in seinen schriftlichen Äußerungen war dieses Merkmal deutlich. Er hielt sich an sein Thema (philosophischer Aufsatz) und produzierte keine Abenteuer, in denen er eine Heldenrolle spielte. Letzteres ist typisch für das Krankheitsbild der Pseudologia. Auch die charakteristische Gedächtnisstörung und beschriebene Urteilstrübung fehlten bei ihm. Die seltsamen Widersprüche wurden vermißt. War ihm eine Straftat bewiesen, so verzichtete er auf jede Lüge als wertlos. Bei seiner Verhaftung gab er sich als Offizier aus, renommierte mit seinen vielen Reisen und seiner hohen Bildung. Es wurde ihm bewiesen, daß seine Papiere, auf die er sich bezog, falsch waren. Er machte darauf keinen Versuch, unnötig neue Lügen zu erfinden. Seine Verbrechen und sein ganzes Verhalten zwecks Verhinderung der Entdeckung derselben ist planmäßig. Er handelte mit großer Energie und Kühnheit. Stets ist Zielbewußtsein nachzuweisen. Oktober und November lebte er z. B. mit seiner Geliebten in Frankreich (Paris und Monte Carlo). Die Juwelendiebstähle und Raube führte er aber in Deutschland und Belgien aus (Brüssel, Dresden, Wiesbaden, Frankfurt, Expreßzug London—Köln). Er reiste zur Verübung seiner Straftaten nach Deutschland, um nach ca. zweitägiger Abwesenheit wieder zu seinem derzeitigen Wohnort zurückzukehren. Dadurch vereitelte er so lange alle Bemühungen der Polizeibehörden, die eine förmliche Hetzjagd hinter diesem gefährlichen Verbrecher anstellten. Er weihte selbst seine Geliebte nicht in seine verbrecherische Tätigkeit ein. Er gab sich ihr gegenüber als reicher Privatmann aus. Seine mehrtägigen Reisen trat er an, „um Kapitalien zu kündigen". Auch hier tritt das Motiv klar zutage. Sie war ihm nicht intelligent genug. In der Tat wurde sie schließlich, gegen ihren Willen, zur Verräterin. Hinzugefügt soll noch werden, daß F. die richtige Überzeugung hatte, sich nur durch den Nachweis seiner Unzurechnungsfähigkeit vor dem Gefängnis retten zu können. Er versuchte Epilepsie zu simulieren, machte Referenten auf alle möglichen psychopathischen Züge bei sich aufmerksam. Er stellte schließlich schriftlich alle diejenigen Momente aus seinem Vorleben und seiner derzeitigen Geistesbeschaffenheit zusammen, die ihm für das Bestehen von Geistesstörung zu sprechen schienen. Wiederholt legte er Referentem warm ans Herz, alle

diese Punkte entsprechend zu berücksichtigen. Einige scherzhafte Knittelverse gelangten gegen seinen Willen in meine Hände, welche seinen Gedankengang kennzeichnen.

„Ich lernte kennen jüngst mit viel Plaisir
Den Herrn Direktor von der Anstalt hier,
Es ist der König von dem Eichbergstaat
Wenn ich nicht irr, ist er geheimer Rat.
Für Geist und Güte spricht sein Angesicht,
Autorität ist er für das Gericht,
Auch schreibt er nächsten dorten für mich hin.
Auf Text des Schreibens ich begierig bin.

Refrain:

Das ist von Schiller nicht, von Goethe kein Gedicht,
Ist von kein Klassiker, von kein Genie,
Jedoch bekundet er, daß ich meschugge war,
Das wär für mich die höchste Poesie."

Ähnliche kriminelle Fälle wie F. sind mir wiederholt vorgekommen. Es fehlen in denselben die wichtigsten Kriterien der Pseudologia, obgleich die ganze Veranlagung und auch gewisse psychopathische Züge große Ähnlichkeit zeigen. Es sind das eben lügenhafte Entartete mit großem Luxusbedürfnis, welche häufig an der Grenze der Zurechnungsfähigkeit zu stehen scheinen. Bei ungenügender Berücksichtigung der wichtigsten Unterscheidungsmerkmale ist die Verwechslung mit dem Bilde der Pseudologia leicht möglich.

Die Verwechslung der pathologischen Lüge mit der Wahnbildung bei Dementia paranoides kann leicht vorkommen. Ein Beispiel dafür ist der Fall A. Bei Dementia paranoides ist die Wahnbildung meist sehr phantastisch. Die Kranken werden vielfach auch körperlich beeinflußt. Es spielen geheimnisvolle Einwirkungen der verschiedensten Art eine große Rolle. In jedem Falle sind die Wahnideen mehr oder weniger widerspruchsvoll und schwachsinnig. Die Unmöglichkeit der abenteuerlichen Erzählungen ist stets naheliegend. Vor allem aber sind sie niemals korrigierbar. Der pathologische Schwindler erfindet Ereignisse und Abenteuer, die an sich durchaus möglich, oft nicht einmal unwahrscheinlich sind. Der Inhalt seiner Erzählungen läßt sich sehr wohl mit der allgemeinen Erfahrung in Einklang bringen. Meist sind es auch Erfahrungen und tatsächliche Geschehnisse. Der Kranke hat sie nur von anderen gehört oder gelesen. Er erzählt keine

Märchen, sondern Geschichten, die andere erlebt haben. Er korrigiert schließlich, wenn auch nur teilweise, die lügenhaften Behauptungen. Tut er das nicht, wie im Fall C., so ist der Inhalt der Idee doch sehr charakteristisch. An einer später eintretenden Korrektur der Idee kann nicht gezweifelt werden. Schließlich muß der ganze übrige Symptomenkomplex der beiden so völlig heterogenen Krankheitsbilder schnell die Differentialdiagnose sichern. Denn ein sicheres Kennzeichen des Wahns im Gegensatz zum Glauben gibt es bekanntlich nicht. Ich erinnere nur an einzelne religiöse Vorstellungen. Wie viele philosophisch und naturwissenschaftlich bestens geschulte Denker von hervorragender Intelligenz sind fest überzeugt von der Realität von Vorgängen, die mit der allgemeinen Erfahrung in schroffstem Widerspruch stehen. Diese Vorgänge sind oft von einer ungeheuerlichen Widersinnigkeit und Phantasterei, wie man sie nur bei Dementia paranoides wiederfindet. Und doch erweisen sich diese Ideen als durchaus unkorrigierbar, nur weil sie von Jugend auf eingewurzelt sind. Was schließlich die Gehörs- und Gesichtshalluzinationen anbetrifft, die wir im Falle C. beobachtet haben, so sind sie durch ihren Inhalt als typisch psychogen charakterisiert. Die Sinnestäuschungen schreckhafter Art sind ausgesprochen abhängig von dem psychischen Trauma und auf die Dauer des folgenden psychogenen Zustandes beschränkt. Daher erscheint mir eine Verwechslung solcher Halluzinationen mit den Sinnestäuschungen bei Dementia paranoides kaum möglich.

Simulation eines so wenig bekannten Krankheitsbildes kommt nicht in Frage. Die Unterscheidungsmerkmale der Wahnbildung von der lügenhaften Erzählung scheinen mir, wie soeben erwähnt, sehr eindeutig. Ein Gesunder, der derartige Lügen in der Absicht produziert, „eine Wahnidee" vorzutäuschen, würde wohl gleich durchschaut werden.

Von der Hysterie ist das vorbeschriebene Krankheitsbild scharf abzugrenzen. Die hysterische Charakterdegeneration fehlt völlig. Der pathologische Schwindler ist äußerlich ruhig und geordnet. Er ist in seinem ganzen Wesen in keiner Weise exaltiert. Er macht einen würdigen, gelassenen, durchaus vertrauenerweckenden und zuverlässigen Eindruck. Er fügt sich der Anstaltsordnung, steht in freundlichem Verhältnis zu den Personen seiner Umgebung. Er ist nicht redselig. Er ist nicht eitel, launenhaft und intrigant wie der Hysterische. Er

kleidet sich solide, aber nicht kokett. Sein ganzes Äußere und Gebaren ist das des geistig gesunden Menschen. Es besteht keine Neigung, anderen seine Überlegenheit zu beweisen, andere zu kränken und zu malträtieren. Er ist auch nicht grausam und gehässig. Während die Hysterischen nicht miteinander auskommen, das Personal und ihre Umgebung schikanieren und oft förmlich zur Verzweiflung treiben, sind die pathologischen Schwindler im allgemeinen gutmütige, liebenswürdige Menschen. Hysterische Stigmata waren in den fünf beschriebenen und anderen kriminellen Fällen nicht nachzuweisen. Die Beeinflußbarkeit der Stimmungslage durch äußere, von der Umgebung ausgehende Einwirkungen haben alle auf dem Boden der Entartung entstehenden Psychosen gemeinsam. Die psychogenen Haftpsychosen sind geradezu Typen der Vulnerabilität des Gehirns gegenüber psychischen Traumen. Und doch sind sie ebenso scharf von der Hysterie abzugrenzen wie das Krankheitsbild der Pseudologia phantastica. Welche Bedeutung dem Symptom, auf welches *Stemmermann* hingewiesen hat, dem Kopfschmerz und Schwindel beizumessen ist, läßt sich schwer sagen. Kopfschmerz findet sich bei denjenigen Fällen von Lügensucht, welche hysterische Stigmata zeigen. In solchen Fällen sah ich weiterhin auch hysterische Bewußtseinstrübungen und schwere hysterische Erregungszustände. Diese Fälle habe ich hier ausgeschaltet, weil das ganze psychische Krankheitsbild eben ein anderes ist.

Charakteristisch erscheinen mir im Gegensatz dazu die Zustandsbilder, in denen die pathologische Lüge im Vordergrunde steht und hysterische Anzeichen fehlen. In diesen Fällen von Pseudologia war kein Kopfschmerz vorhanden. A. ist angeblich einmal auf der Straße zusammengebrochen. Sonst sind Schwindelanfälle bei meinen Kranken nicht nachweislich gewesen. Kopfschmerz und Schwindel wären übrigens ein erklärliches psychogenes Symptom, das auf Hysterie hinweist. Die Vermutung liegt nahe, daß dieses Symptom als hysterisch aufzufassen ist. Als Kennzeichen des Krankheitsbildes der Pseudologia glaube ich es nicht ansprechen zu können.

Von der Imbezillität muß man die pathologische Lüge meines Erachtens abgrenzen. Die Kennzeichen des Schwachsinnes, des intellektuellen Defektes fehlen doch sicherlich. Der Schwachsinnige lügt auch; aber es fehlt ihm das Urteil. Er vermag die Folgen seiner

Schwindeleien nicht zu übersehen. Der Intellekt unserer fünf Kranken war nicht herabgesetzt. Im Gegenteil übertraf ihre Intelligenz die Norm auf einzelnen seelischen Gebieten, wie ich nachgewiesen habe. Urteilstrübung und Gedächtnisstörung machten sich nur auf einem bestimmten und begrenzten Gebiete dieses psychischen Geschehens bemerkbar. Das assoziative Denken, die Auffassung, der Vorstellungs- und Interessenkreis, die komplizierten Vorgänge der Urteilsbildung waren nicht krankhaft herabgesetzt.

Mit dem manisch-depressiven Irresein kommt, wie ich aus Erfahrung weiß, eine Verwechslung gleichfalls vor. Die Stimmungsschwankungen der abnormen Schwindler sind aber meist durch ihre Abhängigkeit von psychischen Einflüssen gekennzeichnet. Den Depressionen von A., B., D. und besonders von C. gingen psychische Traumen voraus. Der Zusammenhang der Depression von C mit der Erregung über seine Bestrafung ist unverkennbar. Sehr deutlich kenntlich wird die Psychogenie im Falle C. Die schreckhaften Halluzinationen entsprechen inhaltlich völlig den pathologischen Lügen. Bei den rein psychogenen Haftpsychosen mit bester Prognose sehen wir genau dieselben durch ihre inhaltliche Beziehung zum Trauma charakterisierten Halluzinationen. Auch die übrigen Kennzeichen der psychogenen Depression finden wir ausgesprochen bei unseren Fällen. Für die Auffassung des triebartigen Fabulierens und Schwindelns als hypomanische Anfälle fehlt jeder Anhaltspunkt. Vor allem fehlt jede Andeutung von Ideenflucht, von Bewegungsdrang. Wie vorher ausführlich erklärt wurde, ist der pathologische Schwindler ruhig und gesetzt. Er beantwortet die Fragen kurz und geordnet. Er fällt keineswegs mit der Tür ins Haus. Erst wenn er Interesse vorauszusetzen glaubt, beginnt er zu fabulieren. Vor allem ist die Stimmungslage während des Fabulierens keine manische. Ruhig und bedächtig, ohne Übertreibung, mit einer gewissen Selbstverständlichkeit wird erzählt. Daher auch die Unmöglichkeit für den Zuhörer, Lüge und Wahrheit zu unterscheiden. Ohne Einwirkung des Milieus in bestimmtem Sinne fehlen Stimmungsanomalien überhaupt. Jedenfalls ist die Labilität der Stimmung bei unseren Fällen keine größere, als wir sie bei jedem Hereditarier finden. Der Hang zum Fabulieren ist nicht eine periodische oder periodisch intensivere Erscheinung. Dieser Impuls ist stets da; er kann jederzeit ausgelöst

werden durch geeignete Momente. Zum Lügen bereit, wenn er Interesse zu finden glaubt, ist der pathologische Schwindler immer. Man hüte sich, aus dem Zurücktreten der „pathologischen Lüge" bei längerem Anstaltsaufenthalt auf Periodizität zu schließen. Darin zeigt sich nur die Abhängigkeit der schwindelhaften Produktionen von äußerer Anregung und dem Milieu. Letzterer Umstand steht in scharfem Gegensatz zu manischer Produktion.

Die Prognose der beschriebenen Krankheitsfälle ist eine ungünstige. Wie aus der Entwickelung der Krankheitserscheinungen hervorgeht, treten bereits in frühester Jugend die ersten Symptome hervor. Schädigung der Keimanlage ist wohl stets vorhanden. In einigen Fällen schwere Belastung. Wenn anamnestisch bei den Eltern nichts Verdächtiges festzustellen ist, so fällt Geistesstörung bei den Geschwistern auf. Das spricht immerhin für eine Schädigung der Keimanlage. Bei denjenigen Fällen, in welchen ich hysterische Stigmata nachweisen konnte, bestimmt der Grad der hysterischen Symptome die Prognose. Als ungünstig muß diese bei den typischen Fällen von Pseudologia phantastica angesehen werden. Es handelt sich jedenfalls um einen tiefgreifenden krankhaften Zustand der seelischen Funktionen, der nicht reparabel ist. Die Kranken stellen gewissermaßen Mißbildungen der Psyche dar. Wenn alle psychischen Kennzeichen für einen bestimmten hohen Grad der Mißbildung sprechen, wird man eine Besserung nicht mehr erwarten können.

In einem von mir kürzlich außerhalb der Anstalt beobachteten Fall einer jugendlichen Kriminellen ließ sich die „pathologische Lüge" im Alter von 16 Jahren feststellen.

Ich erwähne den Fall nur kurz. 16jähriges Dienstmädchen G. aus ärmlichen Verhältnissen. Leidet an Bettnässen. Faßt schnell auf, findet sich in neuen Verhältnissen schnell zurecht. Intelligenz etwas unter der Norm. Schreibt sogleich nach Antritt ihrer Stelle eine Unmenge von Ansichtspostkarten, in welchen sie ausführlich über die Reisen berichtet, auf welchen sie sich zu befinden vorgibt. Die auf den Karten gedruckten Aussichtspunkte werden als jeweilige Reisestationen bezeichnet. Sie macht ihre angebliche Reise mit Verwandten, die sie als Onkel und Tante bezeichnet, die in ihrem Namen Grüße übermitteln usw. Im Hause ihrer Dienstherrschaft machte sie wie zufällig in der für „Pseudologia" typischen ungezwungenen Art detaillierte Angaben über den Reichtum ihrer Eltern, über die Quellen dieses imaginären Reichtums, über die hohe musikalische und sonstige Begabung ihrer Geschwister, die vorzügliche

Lebensstellung, in der sich letztere befänden, usw. Als ein Bruder das Mädchen besuchte, stellte sich heraus, daß kein Wort an allen Angaben der G. wahr war. Familie in ärmlichen Verhältnissen usw. Ähnliche Erdichtungen verbreitete sie überall, wo sie hinkam. Schließlich erzählte sie von imaginären Liebesverhältnissen mit höher stehenden Personen und gab Anlaß zu allerhand Verleumdungen und Gerüchten. Auf Vorhaltungen pflegte sie meist alles zu bestreiten. Wurde ihr der Nachweis der Lüge geliefert und nach den Motiven geforscht, so pflegte sie zu sagen: „ich kann wirklich nichts dafür, es kommt so über mich, und dann erzähle ich solche Sachen". Schließlich beging sie zahlreiche Diebstähle bei ihrer Dienstherrschaft und Nachbarn, mit denen sie in Berührung kam, und wurde entlassen. Bemerkenswert ist es, daß auch bei der G. trotz eines leichten Intelligenzdefektes dichterische Veranlagung bestand. Die Briefe und Karten, die sie später an ihre Dienstherrschaft schrieb, zeigen einen gewandten und fließenden Stil, der im schroffen Gegensatz zu der geringen Schulbildung der G. steht. Hinzugefügt mag werden, daß die G. keine hysterischen Züge bot, von gutmütigem, verträglichem Charakter war, sich willig und durchaus leistungsfähig zeigte, wenn sie beaufsichtigt war. Ohne Aufsicht erwies sie sich völlig unzuverlässig. Dieser Umstand, den wir bei allen beobachteten Fällen von „Pseudologia" finden, bedingte ihre Unverwendbarkeit. Aus ihren späteren Briefen nach der Entlassung geht eine große Anhänglichkeit an die Dienstherrschaft hervor. Es ist wahrscheinlich, daß die G. später weiterhin kriminell werden und damit demselben Geschick verfallen wird, das die mit „Pseudologia phantastica" Behafteten zu ereilen pflegt.

Bei der forensischen Beurteilung stellt sich leicht bei dem Sachverständigen die Neigung ein, die pathologischen Schwindler als Schwachsinnige aufzufassen und einen erheblichen Intelligenzdefekt nachzuweisen. Das ist verfehlt. Eine Urteilsschwäche besteht in der Tat nicht, sondern nur eine eigenartige und wohl charakterisierte Form meist schnell vorübergehender Urteilstrübung. Es wird daher auch unmöglich sein, den Richter davon zu überzeugen. Der abnorme Schwindler hat sogar ein sehr scharfes Urteil, wie das bei unseren Fällen festzustellen war.

Der unüberwindliche Zwang, den die krankhaften Impulse ausüben, muß die pathologischen Schwindler dem Verbrechen in die Arme führen. Die Fälle A., B., C. und D. sind besonders instruktiv in dieser Beziehung. Immer wieder kommen die Kranken mit dem Strafgesetz in Konflikt, bis sie schließlich wie B. die größte Zeit ihres Lebens im Zuchthaus verbringen oder wie E. der Prostitution anheimfallen. Die Betrachtung ihrer Lebensschicksale beweist ihre Unverbesserlichkeit. Sie müssen

immer wieder kriminell werden. Bei der E. besteht die Kriminalität zunächst nur in der schließlich gleichwertigen Prostitution. Sie wurde daher bei Abgabe des Gutachtens nicht als gemeingefährlich bezeichnet. Mit großer Wahrscheinlichkeit wird aber angenommen werden müssen, daß sie noch gemeingefährlich werden wird.

Die übrigen fünf Fälle, außer der E., und zahlreiche andere ähnliche, welche wegen Raummangel nicht erwähnt werden konnten, sind schwer kriminelle, die meines Erachtens als unheilbar bezeichnet werden müssen. Je nach dem Grade ihrer Gemeingefährlichkeit wird ihre dauernde Unschädlichmachung in geschlossenen Anstalten für angezeigt erachtet werden müssen. Nach ihrer Entlassung begehen sie unweigerlich immer wieder dieselben Delikte. A. bewies das nach seiner Entweichung.

Besonders gemeingefährlich sind sie aber durch ihre relativ hohe Intelligenz und durch ihr Vertrauen erweckendes Benehmen. Sie unterscheiden sich insofern in keiner Beziehung von dem Geistesgesunden. Da sie gewissermaßen seelische Mißbildungen darstellen und ein fließender seelischer Krankheitsprozeß nicht bei ihnen wahrnehmbar ist, werden sie auch überall für geistig gesund gehalten werden. Sie glauben an ihre Schwindeleien und folglich werden sie immer Gläubige finden. Denn Überzeugung wirkt eben suggestiv. Daher sind sie gefährlicher wie viele andere Kranke.

Ich glaube auf Grund meiner zahlreichen Beobachtungen, aus denen ich sechs Fälle herausgegriffen habe, den Schluß ziehen zu können, daß der vorbeschriebene Symptomenkomplex, in dessen Mittelpunkt die „pathologische Lüge" steht, seiner ungünstigen Prognose wegen von anderen ähnlichen Zustandsbildern abgegrenzt zu werden verdient. Er entsteht sicher auf dem Boden der Entartung. Das Krankheitsbild zeigt ausgesprochen die Züge der Entartung. Mit der Hysterie hat der Symptomenkomplex aber nur das psychogene Moment gemeinsam. Aus der großen Gruppe des Entartungsirreseins heben sich diese Krankheitsfälle meines Erachtens prägnant durch die Eigenart der psychischen Störungen hervor, die den akuten psychogenen Zuständen sonst fehlen.

Wir haben in diesen Zustandsbildern also eine eigenartige wohl charakterisierte Form des degenerativen Irreseins vor uns, die wir vielleicht zweckmäßig als die phantastische bezeichnen.

Die Prognose der akuten Psychosen, die psychogenen Typus aufweisen, ist bekanntlich eine vorzügliche. Vor allem gilt das für die psychogenen Zustände, die wir in der Untersuchungs- und Strafhaft sehen, die eigentlichen Haftpsychosen.

Die „phantastische Form des degenerativen Irreseins" dagegen unterscheidet sich von den übrigen Entartungspsychosen durch ihre durchaus ungünstige Prognose.

# Ein Fall von Fahnenflucht im hysterischen Dämmerzustande.

Von

Dr. **Gerlach**, Abt.-Arzt an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Hildesheim
(Dir. San.-Rat Dr. *Gerstenberg*).

Das genauere Studium der an krankhaftem Wandertriebe leidenden Individuen führte die Autoren, besonders die französischen, anfangs dazu, diese Zustände zumeist als der Epilepsie zugehörig aufzufassen. Man ging sogar so weit, auch in den Fällen, in denen die Kardinalsymptome der Epilepsie nicht nachgewiesen wurden, diese Wanderzustände als Äquivalente aufzufassen.

Nachdem schon *Pitres*[1]) auf die Unzulänglichkeit dieser Annahme hingewiesen und zugleich der Vermutung Ausdruck gegeben hatte, daß man in einem Teil der Fälle bei eingehender Untersuchung wohl auf Hysterie abkommen würde, hat neuerdings *Heilbronner*[2]) an der Hand einer Reihe selbst beobachteter und einer größeren Zahl aus der Literatur zusammengestellter Fälle von „Fugues und fugueähnlichen Zuständen" Untersuchungen angestellt, auch über ihren Zusammenhang mit der Epilepsie. Er kam u. a. dabei zu dem Schluß, daß „nur ein gewisser Prozentsatz (etwa ein Fünftel) der an Fuguezuständen leidenden Individuen einigermaßen sichere epileptische Störungen zeigt", daß ferner „die Zahl der mit hysterischen Symptomen behafteten Individuen unter den Fuguekranken erheblich größer ist, als die der Epileptiker."

---

[1]) *Pitres*, Congrès des Aliénistes et Neurologistes. Arch. de Neurologie, 1895. Bordeaux.

[2]) *Heilbronner*, Über Fugues und fugueähnliche Zustände. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 23. Bd. Leipzig und Wien 1903.

Wir hatten kürzlich Gelegenheit, einen hierher gehörenden Kranken zu beobachten und zu begutachten, der in verschiedener Hinsicht manches Interessante bietet.

Der Matrosenartillerist E. B., geb. am 10. Februar 1884 zu J., wurde am 4. Oktober 1905 in die Marine eingestellt. Er hatte das Schmiedehandwerk erlernt, die letzte Zeit vor seinem Diensteintritt aber als Ackerknecht gearbeitet. 1905 wurde er wegen Diebstahls einer Uhr mit 3 Tagen Gefängnis bestraft. Während seiner Dienstzeit wurde er dreimal bestraft: April 1906 mit 20 M. Geldstrafe oder 3 Tagen Haft wegen groben Unfugs; ferner im Februar 1907 durch den Gouverneur des Kiautschougebietes mit 7 Monaten 20 Tagen Gefängnis und Versetzung in die II. Klasse des Soldatenstandes wegen Fahnenflucht usw. und endlich Oktober 1907 mit 7 Tagen strengem Arrest wegen Ungehorsams in Dienstsachen, unerlaubter Entfernung usw.

Aus den Untersuchungsakten über die jüngste Straftat geht das Folgende hervor: Montag, den 28. Oktober 1907, wurde B. bei der Morgenrevision vermißt. Am 7. November telegraphierte der Generalkonsul aus London, daß sich der angebliche Deserteur B. dort gemeldet habe. Nach einem Schreiben des Generalkonsulates hatte er sich am 7. November vormittags im Kaiserl. Generalkonsulate gestellt und angegeben, er sei vor etwa einer Woche von der Matr.-Art.-Abt. in Cuxhaven desertiert und an Bord eines englischen Frachtdampfers, dessen Namen er nicht angeben konnte, nach London gekommen. Er wurde mit dem nächsten Dampfer zurückgebracht und am 10. November in das Untersuchungsgefängnis eingeliefert. Bei der gerichtlichen Vernehmung am 11. November gab er an: „Ich bestreite die Absicht der Fahnenflucht. Ich weiß überhaupt gar nicht, wie ich von Cuxhaven weggekommen bin. Ich kam wieder zu mir selbst, als ich auf einem englischen Frachtdampfer mich auf der Überfahrt nach England befand. Wie ich dorthin gekommen bin, weiß ich nicht. Das Schiff ging dann in einem englischen Hafen, dessen Namen ich nicht kenne, vor Anker, und ich begab mich von Bord. Ich begab mich zu Fuß in zwei Tagen nach London und stellte mich dem deutschen Konsulate. Der englischen Sprache war ich nicht mächtig. Wie das Schiff hieß, auf dem ich nach England fuhr, weiß ich nicht. Als ich zu mir kam, befand ich mich unten bei der Maschine zwischen den Heizern. Ich ging dann sofort hinauf und stellte mich dem Kapitän. Wie dieser heißt, weiß ich auch nicht. Ich habe schon früher Anfälle gehabt, in denen ich ohne Zweck weglief." Aus einer zweiten Vernehmung geht hervor, daß B., „als er auf See zum Bewußtsein erwachte", mit seiner Uniform bekleidet war. Nach seiner Landung habe er einen Deutschen getroffen, der ihm eine Adresse gab, wo er Arbeit finden könnte; er habe aber erklärt, er wolle sich dem

Konsulate stellen. In der Hauptverhandlung erklärte B. unter anderem, er sei vor seinem Diensteintritt mehrmals ganz planlos fortgegangen; er leide stets an Kopfschmerzen, sei sonst ernstlich noch nicht krank gewesen. Auch bei seiner ersten Fahnenflucht sei er ganz planlos weggegangen; am nächsten Tage habe man ihn an Bord eines Dampfers gefunden. Wie er dorthin gekommen sei, wisse er nicht.

Die Verhandlung wurde daraufhin ausgesetzt und dem Gerichtsherrn die Beobachtung des B. in einer Anstalt anheimgegeben.

Über das Vorleben des B. ist in den Akten noch das Folgende enthalten. Nach Angabe des Vaters, der als arbeitsam und nüchtern bezeichnet wird, hat er mit einem Jahr laufen, mit zwei Jahren sprechen gelernt. An Krämpfen hat er nicht gelitten. Kurz vor seiner Konfirmation lief er zwei Tage lang von Hause fort, ohne daß hierfür ein besonderer Grund bestanden hätte. Geistes- oder Nervenkrankheiten, Trunksucht sind in der Familie nicht vorgekommen. Der Lehrer, dem er von 1894—1904 bekannt war, „hat die sichere Überzeugung, daß er nicht nur sehr beschränkt ist, sondern auch einen geistigen Defekt hat. Es traten mehrmals bei ihm Zustände hervor, in denen mit ihm absolut nichts anzufangen war". Der Lehrer hatte bei solchen Zufällen den Eindruck, als ob B. „zu einem planmäßigen Handeln unfähig" war. Dabei war er in seinem Wesen harmlos. Er trieb sich manchmal tagelang umher und kam nicht zur Schule, ohne zu empfinden, daß er damit gegen die Schulordnung verstieß. Da ihm jedes Schuldbewußtsein abgesprochen wurde, erfuhr er dieserhalb auch keine Züchtigung. B. ist schließlich aus der 3. Klasse einer fünfklassigen Schule konfirmiert, was vom Zeugen „als eine sehr große Seltenheit" bezeichnet wird. Der Vater des Angeklagten hat dem Lehrer des öfteren gesagt, sein Sohn sei „offenbar von der Mutter erblich belastet", näheres darüber kann Zeuge aber nicht angeben. Auch seinem Meister — er bezeichnet den B. als „anstellig, fleißig und begabt" — ist er etwa dreimal ohne einen erkennbaren Grund 8—14 Tage lang aus der Lehre fortgelaufen und hat sich umhergetrieben, bis ihn sein Vater jedesmal zurückbrachte. Dem Alkoholgenuß habe er nicht gefrönt, an Krampfanfällen während der Lehrzeit nicht gelitten.

Bei der Aufnahme in die Anstalt am 6. Januar 1908 war B. gleichgültig heiterer Stimmung, örtlich und zeitlich orientiert. Von dem den Transport ausführenden Maaten wußte er, daß er 6 Wochen in einer Anstalt auf seinen Geisteszustand beobachtet werden sollte.

Befund bei der Untersuchung: Großer muskulöser Mann von kräftigem Körperbau, in gutem Ernährungszustande. Farbe der

Haut und der sichtbaren Schleimhäute blaß. Gesichtszüge grob; die Backenknochen springen weit vor.

Der Schädel ist symmetrisch gebaut, Umfang 56 cm; allgemeine Empfindlichkeit auf Druck und Beklopfen, besonders auf dem Scheitel. Auf der Höhe des Scheitels findet sich eine 5 cm lange verschiebliche Narbe. Helix des linken Ohres eingedrückt. Gesicht gleichmäßig schlaff innerviert. Nervendruckpunkte nicht empfindlich. Irides gefleckt. Pupillen bds. gleich, reagieren prompt auf Lichteinfall und Blick in die Nähe. Augenbewegungen frei, kein Nystagmus. Die Zunge kommt gerade heraus, zittert fibrillär an der Spitze, ist grauweiß belegt, frei von Narben. Gaumen steil, der linke Bogen hebt sich beim Anlauten ausgiebiger als der rechte. Zäpfchen hängt gerade. Würgreflex lebhaft. Gebiß o. B. Bartentwicklung sehr schwach.

Brust- und Bauchorgane o. B. Nach Beklopfen des linken großen Brustmuskels idiomuskuläre Wülste. Deutliche Dermatographie. Bauchreflexe sehr lebhaft, bds. gleich.

Wirbelsäule gerade, keine Spinalirritation.

Sehnenreflexe an den oberen Extremitäten o. B. Kniephänomen lebhaft, kein Unterschied auf beiden Seiten. Bei gleichzeitigem Fußaugenschluß subjektiv nichts, objektiv geringes Schwanken. Haltung schlaff. Gang bei geschlossenen Augen unsicher. Geringer Tremor manuum. Kein Babinski. Plantarreflex links nicht auslösbar, rechts lebhaft. Globus vorhanden. Ileakalpunkt links druckempfindlich. Die linke Körperhälfte ist hypästhetisch und hypalgetisch, besonders die linke Gesichtshälfte, wo fast gar nichts gefühlt wird. Die Grenze findet sich genau in der Medianlinie bis auf eine kleinhandtellergroße Stelle links neben dem Nabel, wo Hyperästhesie und Hyperalgesie besteht. Beides wird ferner nachgewiesen in der rechten Supra- und Infraclaviculargegend; im übrigen sind Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit rechts normal. Temperatursinn links herabgesetzt. Konjunktival- und Kornealreflex bds. vorhanden. Urin frei von Z. u. E.

B. ist orientiert; sorglos heiterer Stimmung, gibt er lächelnd auf die an ihn gerichteten Fragen bereitwillig Antwort. Über sein Vorleben macht er richtige Angaben. Er sei der drittälteste von 11 Geschwistern, am 10. Februar 1884 geboren zu J., wo sein Vater Schachtarbeiter sei. Ernstlich sei er niemals krank gewesen; nur habe er viel an Kopfschmerzen und Schwindel gelitten und leide auch jetzt noch daran, besonders an den Kopfschmerzen. Von Krampfanfällen weiß er nichts. In der Kindheit sei er von seinen Geschwistern und Altersgenossen viel gehänselt und habe an gemeinsamen Spielen nie besonders Gefallen gefunden. Er habe von jeher von seinem Vater viel Schläge bekommen, da er schlecht habe lernen können. Nach der Schulentlassung habe er 3¼ Jahre das Schmiedehandwerk erlernt, dann sei er in die Fremde gegangen und habe ganz Deutschland durchwandert. Er sei aber nirgends lange in

Stellung gewesen. „Wenn ich bei einem Meister war, dann konnte ich es nicht so machen, wie der wollte, dann hat er mich weggejagt", gibt er lächelnd an. Er habe 4—5 M. in der Woche verdient, die anderen Gesellen hätten mehr Geld erhalten, weil sie es besser konnten, als er. Schließlich habe er andere Beschäftigung versucht, als Arbeiter im Steinbruch, in einer Zuckerfabrik, beim Bauern, als Kohlenschipper auf einem Dampfer. Fast zwei Jahre sei er auch bei einem Karussellbesitzer in Stellung gewesen; „das war ein feiner Kerl, da hat es mir am besten gefallen". Getrunken habe er nicht viel, er habe nichts vertragen können. Auf weiteres Befragen gibt er zu, während der Schulzeit und als Lehrling wiederholt weggelaufen zu sein; er wisse nicht, weshalb er das getan habe. Auch Einzelheiten über die Wanderungen kann er nicht angeben. Es sei so lange her, er wisse es nicht mehr; nur erinnere er sich, daß er sich schließlich nicht zurückzukehren getraut habe aus Furcht vor Strafe. Er sei gern Soldat, wenn ihm das Exerzieren auch schwer geworden sei. In der Instruktionsstunde habe man ihn auf den linken Flügel gestellt und bei Besichtigungen weggesteckt. Er habe nicht vorwärts kommen können, und über seine Antworten hätten die Offiziere und Unteroffiziere stets gelacht. Wenn so viele da seien, könnte er nichts herausbringen; auch vor dem Kriegsgericht habe er sich nicht aussprechen können. In Kiautschou sei er zum Schweinefüttern kommandiert gewesen; dann habe er auf einem Fort Waffen reinigen müssen, wobei sich niemand um ihn gekümmert habe. Auf der Mannschaftsstube sei es zuerst gut gegangen; die Leute hatten ihren Spaß mit ihm. Dann kam er auf eine Stube mit lauter alten Leuten; für diese habe er die blauen Hosen verkaufen müssen. Sie hätten ihn auch in eine Wirtschaft mitgenommen und auf seine Rechnung gezecht. Schließlich habe er 30 M. Schulden gehabt und diese von dem Geld für die Hosen bezahlt. Den Rest habe er für sich ausgegeben. Ferner solle er in Tsingtau auf einen japanischen Dampfer entwichen sein, um zu desertieren. Er wisse aber nichts davon; er sei gern Soldat. Für diese Entfernung und für die Unterschlagung der Hosen sei er mit Gefängnis bestraft. Auf der Fahrt nach Deutschland, wo er in Köln seine Strafe abgesessen habe, habe er in Arrest bei den Kesseln gelegen und dauernd heftige Kopfschmerzen gehabt wegen der Hitze.

In seinen mündlichen Äußerungen ist er ziemlich gewandt; seine schriftlichen Darstellungen sind sehr ungeschickt. Minimale Schulkenntnisse. Einfachste Rechenaufgaben werden richtig gelöst, bei etwas schwierigeren versagt er; Brüche kennt er gar nicht. Die Schrift erinnert an die eines Abc-Schützen; die Orthographie ist so schlecht, wie man sie sich falscher kaum vorstellen kann. Auch die Kenntnisse im Beruf sind mangelhaft. Als er schildern soll, wie ein Pferd beschlagen wird, sagt er z. B.: „Man sucht sich ein Eisen aus und nagelt es an den Huf." Es gelingt nicht, ihn darauf zu bringen, daß es vorher glühend gemacht und angepaßt wird. „Das macht ja der Meister", meint er auf Vorhalt, „so was habe immer der

Meister selbst gemacht" usw. Über Zweck und Einrichtung der Marine gefragt, schnurrt er einige Reminiszenzen aus der Instruktionsstunde herunter, bringt dabei aber auch Verschiedenes durcheinander. Sobald er aus den geringen Kenntnissen, die er aufzuweisen hat, eine Nutzanwendung ziehen soll, versagt er völlig. Hierüber lächelt er ganz vergnügt, ohne daß ihm seine Minderwertigkeit zum Bewußtsein kommt. Einfachere vorgesprochene Sätze kann er annähernd wiedergeben. Zahlen, die er sich merken soll, nennt er nach kurzer Zeit nicht immer richtig; nach längerer Zeit hat er sie vergessen. Von seiner Fahrt nach China erzählt er gern und renommiert dabei ungeheuerlich. In Singapore hätten sie z. B. ihrer 20 deutsche Matrosen 500 Engländer verhauen; in den Wirtschaften „zu 5—6 die ganze Gaststube hinausgeworfen" usw. Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen sind nicht nachweisbar. Über seine Entfernung aus Cuxhaven macht er dieselben Angaben wie bei den Vernehmungen. Er weiß, daß er Sonntag morgens um 6 Uhr von Wache gekommen sei; er habe sich schlapp gefühlt, in der Kantine zwei oder drei Glas Bier getrunken und sich dann zu Bett gelegt. Dann fehlt ihm angeblich jede Erinnerung für alle weiteren Vorkommnisse bis zu dem Augenblicke, wo er auf See wieder „zu sich kam". Auf die Frage, weshalb er weggelaufen sei, sagt er: „Ich weiß auch nicht, wie es kommt; ich bin vorher immer so aufgeregt. Wie es nachher kommt, weiß ich nicht," und ein anderes Mal: „dabei bin ich so aufgeregt; da ist es so, als ob ich weg müßte, ich weiß selber nicht, wie das kommt".

Alle diese Angaben machte B. ohne besondere Affektäußerungen. In der nächsten Zeit bot er nichts Besonderes, nur fiel seine Neigung zum Renommieren auf, wenn er von seinen Fahrten und dem Aufenthalte in Tsingtau erzählte. Die Namen der Ärzte kannte er schließlich, um die der Wärter und Kranken kümmerte er sich nicht, kam auch sonst mit ihnen wenig in Verkehr. Bisweilen traten aber ohne erkennbaren Anlaß Zustände von Verstimmung auf, in denen mit ihm absolut nichts anzufangen war. Er ging dann auf nichts ein, setzte sich in eine Ecke und schwieg sich aus; einmal schimpfte er in einem solchen Zustande auf die Ärzte, die alle verrückt wären.

Am 20. Januar war er bei der Morgenvisite heiter, freundlich und geordnet, nur klagte er, wie häufig, über Schmerzen im Kopf. Mittags gegen $^3/_4$12 Uhr richtete er sich plötzlich im Bette auf, machte mit an den Leib gezogenen Beinen rhythmische Bewegungen vor- und rückwärts, streckte sich dann aus, so daß er nur mit Kopf und Füßen auf der Unterlage ruhte, richtete sich wieder auf, nahm sein Instruktionsbuch, in dem er vorher gelesen hatte, und zerriß es in kleine Stücke, riß auch sein Hemd der Länge nach auseinander. Dann lag er mit halbgeschlossenen Augen, lang ausgestreckt, ruhig da. Auf Nadelstiche keine Reaktion. Gesicht blaß; die passiv erhobenen Arme fielen schlaff herunter, nirgends Spasmen. Auf Anrufen reagierte er zunächst nicht; auch andere Ermunterungs-

versuche blieben vorerst erfolglos. Nach einigen Minuten öffnete er die Augen. Die Pupillen waren bds. gleich, über mittelweit, reagierten träge und wenig ausgiebig auf Lichteinfall. Lid- und Kornealreflex schwach vorhanden. Die Zunge wurde erst, nachdem der Mund sich auf Aufforderung ein wenig geöffnet hatte, mit Nachhelfen eines Spatels herausgestreckt; sie zitterte stark an der Spitze. Verletzungen waren weder hier noch an der Lippenschleimhaut zu erkennen. Auf tiefe Nadelstiche erfolgte noch immer keine Reaktion. Das Kniephänomen war bds. gleich gesteigert. Patellar- und Fußklonus war nicht zu erzeugen. Atmung etwas beschleunigt, 24 in der Minute; Puls desgleichen, 90 Schläge. Temperatur 36,5. B. war benommen, sah erstaunt umher und gab zunächst nur auf einzelne Fragen, die z. T. mehrfach wiederholt werden mußten, Antwort. Die Ärzte erkannte er nicht. Dann erfolgten die Antworten prompter; jedoch war die Sprache nicht so geläufig als vorher.

Wollen Sie essen? — „Habe schon gegessen." (Stimmt nicht.)
Was denn? — „Braten und Fleisch."
(Es wird eine Stecknadel gezeigt.) Was ist das? —„Ein Fisch."
Fünfmarkstück? — „Gold."
Stethoskop? — „Holz."
Uhr? — „Portemonnaie."

Die Wochentage werden in falscher Reihenfolge, die Monate außerdem noch mit Auslassungen hergezählt. Die Uhr wird falsch abgelesen. B. ermüdet dabei schnell. Als er aus der aufrechten Stellung in die liegende gebracht wird, schließt er die Augen und scheint zu schlafen. Auf tiefe Nadelstiche keine Reaktion. Keine Nahrungsaufnahme. Etwa eine Stunde später traten in beiden kurze Zeit tonisch gespannt gehaltenen Armen klonische Zuckungen auf im Sinne von Beugung und Streckung, die fast zwei Minuten dauerten. Dann lag B. ruhig mit geschlossenen Augen da. Die anfangs noch beschleunigte Atmung verlangsamte sich. Auf Anruf reagierte er nicht, sah bisweilen wie erstaunt umher. Nachts ruhig. Am andern Morgen war B. freier, richtete sich auf Aufforderung auf. Den einen Arzt beachtete er gar nicht, den anderen redete er mit „Exzellenz" an. Auf Fragen ging er nicht ein. Nachmittags ging der stuporöse Zustand weiter zurück. B. wußte nicht, was „ihm passiert" sei, bestritt, sein Hemd und Buch zerrissen zu haben, und war sehr erstaunt, als ihm die Gegenstände gezeigt wurden. Ob er Kopfschmerzen gehabt habe, oder ob ihm dunkel vor den Augen gewesen sei, konnte er nicht sagen. Jetzt habe er heftige Kopfschmerzen auf der Scheitelhöhe und in der Gegend des rechten Stirnhöckers, auch fühle er sich sehr abgeschlagen. Die Unterhaltung ermüdet ihn wieder, eine leichte Artikulationsstörung ist noch vorhanden. Auch am folgenden Morgen war er noch nicht ganz frei; er wußte aber, wo er sich aufhielt, und kannte Ärzte und Wärter. Am vierten Morgen war er völlig frei. Er war sehr erstaunt, daß schon Donnerstag sei, daß die Woche fast vergangen. Auf die letzten 1½ Tage

konnte er sich leidlich besinnen, für die übrige Zeit des Anfalls fehlte ihm jede Erinnerung. Die Untersuchung ergab ausgesprochene Anästhesie und Analgesie der linken Körperhälfte auch des bei der Aufnahme hyperästhetischen und hyperalgetischen Bezirks links neben dem Nabel. Man konnte erhobene Hautfalten mit der Nadel völlig durchbohren, ohne daß eine Reaktion erfolgte. B. war erstaunt, die Nadel in der Haut zu sehen. Ferner fühlte sich die linke Körperhälfte kühler an als die rechte und zeigte ischämische Erscheinungen, indem die tiefen Nadelstiche im Gegensatz zu rechts gar nicht oder nur wenig bluteten. Über der rechten Schädelhälfte waren Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit bedeutend vermehrt, durch leise Stiche wurden lebhafte Abwehrbewegungen hervorgerufen, desgleichen wie früher in Supra- und Infraklavikulargegend. Die Anästhesie und Analgesie bestand linkerseits auch an den Schleimhäuten des Mundes und zugänglichen Teils der Nase; Würgreflex nicht auslösbar. Geruch links herabgesetzt. Geschmack auf der linken Seite der Zunge nur für bitter nachweisbar, auch da nicht immer prompt; die übrigen Geschmacksqualitäten links nicht erkannt. Rechts prompte Angaben. Im Bereich der Anästhesie waren die Muskeln des Oberarms und der Brust druckempfindlich. Temperatursinn links erloschen; es konnte hier Erythem erzeugt werden, ohne daß eine Reaktion erfolgte. Abgrenzung auch hier überall genau der Medianlinie entsprechend. Muskelsinn auf der linken Seite sehr stark herabgesetzt, stereognostischer Sinn erloschen. Lid- und Kornealreflex links < rechts. Gesichtsfeld beiderseits für Weiß konzentrisch deutlich eingeengt. Linker Ileakalpunkt druckempfindlich. Kniephänomen bds. gleich, sehr lebhaft; kein Fuß- oder Patellarklonus. Bei Fußaugenschluß etwas Schwindelgefühl; B. taumelt einige Sekunden, fällt dann um. Gang bei geschlossenen Augen sehr unsicher. Über die Feststellung der Empfindungslosigkeit der linken Körperhälfte ist B. sehr erstaunt und äußert spontan, es sei ihm schon immer aufgefallen, daß er auf der rechten Schulter nichts habe tragen können (z. B. Spaten), „da habe es so gestochen", während er links schwere Lasten tragen konnte. Auch habe er mit der linken Hand auf harte Gegenstände, z. B. Steine, fest draufschlagen können, ohne etwas zu spüren.

Am 6. Februar nach plötzlich auftretender Verstimmung ein zwei Minuten dauernder Zustand von Benommenheit. B. taumelte, setzte sich rechtzeitig in einen Sessel, antwortete auf Fragen nicht. Bei Prüfung der Druckpunkte unmittelbar nachher gab er an, „es werde ihm schwarz vor den Augen, es drehe sich alles". Später keine Erinnerung an den Zustand.

12. Februar abends wurde B. suggeriert, er bekäme am nächsten Morgen einen Anfall. 13. Februar morgens verwirrt, zog sein Zeug links an, gab auf Befragen an, gestern nicht hier gewesen zu sein. Atmung etwas beschleunigt. Auf Fragen zunächst keine Reaktion, dann Aufrichten auf Aufforderung. Auszug aus dem Interrogatorium:

3 + 1 = 8. 8 : 2 = 0. 7 + 1 = 11. 11 + 1 = 12. 12 + 1 = 15.
Welcher Tag heute? — „Dienstag." (Stimmt nicht.)
Wieviel Tage hat die Woche? — „6."
Wieviel Tage hat das Jahr? — „Noch drei Tage."
Wo sind Sie hier? — „Bin schon lange nicht mehr hier."
Was sind Sie? — „Weiß ich nicht."
Wieviel Finger haben Sie? — (Betastet sie einzeln.) „Überhaupt keinen."
Wieviel Ohren haben Sie? — „7".
Wo sind die? — „Die sind nicht hier."
Nachmittags keine Erinnerung.
Die Untersuchung kurz vor der am 16. Februar stattfindenden Entlassung ergab, daß die Anästhesie im Oberarm und in den Fingerspitzen links geschwunden war; im übrigen war der Befund unverändert.

Wenden wir uns der Beurteilung des Krankheitsbildes zu, so steht hier zunächst im Vordergrunde der Schwachsinn. Über erbliche Belastung ist bei B. nichts Bestimmtes in Erfahrung gebracht. Daß er erst mit zwei Jahren hat sprechen lernen, weist schon auf eine intellektuelle Entwicklungshemmung hin. In der Folgezeit traten die Erscheinungen hierfür deutlicher hervor. Besonders wertvoll sind hier die Aussagen des Lehrers, dem B. zehn Jahre lang bekannt war. Er hält ihn für „nicht nur sehr beschränkt, sondern geistig defekt". Aus der dritten Klasse einer fünfklassigen Schule — „eine sehr große Seltenheit" — wurde er konfirmiert. Berücksichtigt man weiter seine spätere Lebensführung, wo er seine Stellungen wegen ungenügender Leistungen oft nach kurzer Zeit aufgeben mußte, wo er sich schließlich rein mechanischen Arbeiten zuwandte, zieht man ferner während der Dienstzeit seine Stellung den Kameraden gegenüber in Betracht, so leidet es wohl keinen Zweifel, daß es sich um ein intellektuell schwachsinniges Individuum handelt. Diese Annahme wird durch das Ergebnis der Untersuchung vollauf bestätigt. Neben sehr mangelhaften Kenntnissen auf allen Gebieten fiel besonders eine hochgradige Urteilsschwäche auf.

Weiter hat die Beobachtung die Symptome eines Dämmerzustandes ergeben, der als hysterischer aufzufassen ist.

Die gehäuften körperlichen und psychischen Stigmata, die durch die Untersuchung festgestellt wurden, wiesen schon auf eine hysterisch psychopathische Konstitution hin. Auf dem Boden dieser hysterischen Anlage kam es zur ausgebildeten Psychose. Nachdem

kurz vorher über Schmerzen im Kopf geklagt war, setzte plötzlich ein kurze Zeit andauernder Krampfanfall ein, im Anschluß daran zerriß B. mehrere Gegenstände und verfiel dann in einen Zustand von Bewußtseinsstörung, aus dem er zunächst nicht aufgemuntert werden konnte. Nach einiger Zeit hellte sich aber das Bewußtsein auf; man erhielt auf Fragen, die allerdings zum Teil wiederholt werden mußten, Antwort. Dabei trat eine Verlangsamung der Auffassung und des Vorstellungsablaufes deutlich in die Erscheinung. Die gleiche Beobachtung haben *Westphal*[1]) und *Raecke*[2]) gemacht. Ferner fiel eine leichte Störung der Artikulation auf, wie sie auch von *Fürstner*[3]) und *Vorster*[4]) wiederholt beobachtet wurde.

Was den Inhalt betrifft, so waren die Antworten auf einfachste Fragen größtenteils so widersinnig, als wären sie absichtlich falsch und möglichst albern gegeben. Vorgehaltene, allgemein bekannte Gegenstände wurden falsch benannt, Wochentage in falscher Reihenfolge, die Monate außerdem noch mit Auslassungen hergezählt, die Uhr falsch abgelesen usw. Wir haben hier das Symptom des „Vorbeiredens" (*Ganser*) in ausgesprochener Weise vor uns. Die Forderung, die *Henneberg*[5]) gestellt hat, daß man von dem *Ganser*schen Symptom nur sprechen dürfe, wenn auf eine größere Zahl von Fragen unsinnige Antworten gegeben würden, ist erfüllt. „Die Antwort", sagt *Ganser*[6]), „liegt immer in der Richtung der gestellten Fragen, so daß man nicht bezweifeln kann, daß der Kranke die Fragen wenigstens im allgemeinen aufgefaßt hat, er geht aber mit ganz besonderer Vorliebe an der richtigen Antwort vorbei." So legte auch B. in seinen Antworten auf einfachste Fragen eine so verblüffende Unkenntnis an den Tag, wie er sie trotz seiner mangelhaften Kennt-

[1]) *A. Westphal*: Über hysterische Dämmerzustände und das Symptom des Vorbeiredens. Neurolog. Zentralblatt 1903.

[2]) *Raecke*: Über hysterische Schlafzustände. Berl. Klin. Wochenschr. 1904, Nr. 51.

[3]) *Fürstner*: Deutsche Klinik, Bd. VI.

[4]) *Vorster*: Über hysterische Dämmerzustände und das Vorbeireden. Monatsschr. f. Psych. und Neurologie, Bd. XV.

[5]) *Henneberg*: Über das Gansersche Symptom. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 61, 1904.

[6]) *Ganser*: Zur Lehre vom hysterischen Dämmerzustande. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 38. Bd., 1. H. Berlin 1904.

nisse vorher nicht gezeigt hatte, und wie sie auch später, nach Abklingen des Zustandes, bei ihm nicht bestand.

Es ist von einigen Autoren mit Recht hervorgehoben, daß man die unsinnigen Antworten aus den Kranken gewissermaßen herausfragen könnte; besonders erwähnt *Henneberg*[1]), daß man das Symptom hervorrufen könnte, wenn man die Patienten mit den Fragen gleichsam überrascht. Es trifft dies für die ersten Fragen in unserem Falle nicht zu. Die erste Frage, die gestellt wurde, konnte nichts Überraschendes für den Kranken haben, da sie ganz den äußeren Umständen entsprach. Erst aus der Antwort auf diese und die nächsten Fragen, die mit der ersten im Zusammenhang standen, wurden wir auf das Symptom aufmerksam und schlossen die übrigen Fragen an.

In Übereinstimmung mit den Angaben *Gansers* gab B. durch mürrischen Gesichtsausdruck seine Unlust deutlich zu erkennen. Einzelne Fragen mußten, wie erwähnt, mehrfach wiederholt werden, ehe er sich zu einer Antwort bequemte. Dabei waren weder ein Affekt noch Sinnestäuschungen nachzuweisen, durch die die Denkhemmung hätte erklärt werden können. Die Schwere der Denkhemmung ging auch daraus hervor, daß B. z. B. auf die Frage nach der Zahl seiner Finger diese einzeln betastete und wieder betastete, ehe er antwortete. Die Merkfähigkeit, die schon vorher herabgesetzt war, war es hier in noch verstärktem Maße, so daß die Fragen mehrfach schon nach kürzester Zeit nicht wiederholt werden konnten. *Ganser* betont ferner, daß die Kranken sich gar nicht ärgern über die niedrige Einschätzung ihrer Intelligenz. Auch bei B. war von einer Entrüstung über die Einfachheit der Fragen nichts zu merken; er gab sich stets Mühe, dieselben zu beantworten.

Der Grad der Bewußtseinsstörung war ganz verschieden. Kurze Zeit war sie so stark, daß auf Anrufen oder sonstige Ermunterung überhaupt keine Reaktion erfolgte; dabei deutete der leere Blick schon auf die Schwere des Zustandes hin. Meistens jedoch kam B. Aufforderungen, wenn auch erst nach geraumer Zeit, nach und antwortete dann auf Fragen, wobei allerdings die Verlangsamung der Auffassung und des Vorstellungsablaufes noch deutlich zutage trat. Dabei war er völlig unorientiert. Der Übergang in den klaren

[1]) l. c.

Zustand erfolgte allmählich, schubweise. Nachdem er wieder eingetreten war, bestand völlige Amnesie. B. hatte keine Erinnerung an die Vorgänge, wußte überhaupt nicht, daß jemand an seinem Bette gestanden hatte, und bestritt energisch, derartige Antworten gegeben zu haben. Als ihm die Aufzeichnungen darüber vorgelesen wurden, lachte er verwundert. Ebenso erstaunt äußerte er sich darüber, daß die Woche schon so weit vorgeschritten sei. Im übrigen war ein geistiger Ausfall nicht festzustellen.

*Ganser* hat bei seinen Beobachtungen stets eine mehr oder weniger ausgedehnte Gefühlsstörung der Haut feststellen können. Auch in unserm Falle sind Hautstörungen vorhanden: vor dem Anfall bestand abgesehen von einem hyperästhetischen Bezirk links neben dem Nabel halbseitige Hypästhesie und Hypalgesie, nach Ablauf des Zustandes ausgesprochene hemilaterale Anästhesie und Analgesie, die sich auch auf die Schleimhäute erstreckte; ferner Hyperästhesie und Hyperalgesie der rechten Schädelhälfte, die hier vorher nicht nachgewiesen war. Eine Änderung in dem Befunde der Hautstörung war in dem Intervall zwischen den beiden Anfällen nicht zu verzeichnen; dagegen war am dritten Tage nach dem zweiten Anfall eine solche insofern nachweisbar, als im linken Oberarm und in den Fingerspitzen der linken Hand die Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit nahezu normal, der Temperatursinn völlig wiederhergestellt war.

Endlich war noch ein weiteres konstantes Symptom, der Kopfschmerz, vorhanden. Nach *Ganser*[1]) wird er immer in die Stirn und in beide Schläfen lokalisiert; auch *Raecke*[2]) hebt den Stirnschmerz besonders hervor. In unserm Falle wurden die Schmerzen auf den Scheitel und die Gegend des rechten Stirnhöckers verlegt.

Differentialdiagnostisch könnte nur epileptische Psychose in Frage kommen. Symptome, die auf diese Genese hindeuteten, sind nicht beobachtet worden. Daß die Zustände von Wandertrieb in diesem Sinne nicht ohne weiteres verwertet werden können, ist nach den eingangs erwähnten Untersuchungen *Heilbronners* sichergestellt. Auch die träge und wenig ausgiebige Pupillenreaktion, die im Anfall festgestellt wurde, berechtigt nicht zu dieser Annahme,

[1]) l. c. [2]) l. c.

seitdem diese Erscheinung von *Westphal* und *Karplus* auch im hysterischen Dämmerzustande beobachtet wurde. Dagegen sprechen, abgesehen von den begleitenden Symptomen, die weiteren Erscheinungen für hysterische Genese. Zunächst ist hier der kurze Zeit andauernde Ohnmachtsanfall zu nennen, vor dessen Einsetzen B. noch rechtzeitig eine bequeme Sitzgelegenheit erreichen konnte: ferner die Beeinflußbarkeit der Krankheitserscheinungen, indem es gelang, einen ähnlichen Zustand von Bewußtseinsstörung mit Vorbeireden und Erinnerungsdefekt durch Suggestion zu erzeugen. Besonderes Gewicht ist endlich auch auf den Nachweis eines Zusammenhanges der Sensibilitätsstörungen, was Ausbreitung und Intensität betrifft, mit den Anfällen zu legen.

Gegen den Einwand, daß es sich um Simulation handeln könnte, spricht besonders der Befund an den Pupillen. Die erwähnte Änderung der Empfindungsstörungen der Haut in Abhängigkeit von den Anfällen macht ein weiteres Eingehen auf diese Frage wohl überflüssig.

Wenden wir unsere Aufmerksamkeit den Zuständen von Wandertrieb zu, so erfahren wir, daß sie bei B. schon in frühester Jugend auftraten. Es ist aktenmäßig festgestellt, daß B. sich schon während der Schulzeit wiederholt von Hause entfernte und tagelang umhertrieb. Eine Bestrafung von seiten der Schule erlitt er nicht, da ihm nach Ansicht des Lehrers jedes Schuldbewußtsein fehlte. Während der Lehrzeit traten ebenfalls öfters solche Zustände auf, ohne daß ein erkennbarer Grund dafür vorgelegen hätte. Die Erfahrung, daß es bei diesen Individuen während der militärischen Dienstzeit zu Rezidiven kommt, bestätigt sich auch in unserm Falle. Beim Militär machte B. 1907 einen Versuch zur Fahnenflucht, der ihm eine schwere Strafe einbrachte. Kaum hatte er diese verbüßt, als er schon wieder wegen des gleichen Vergehens unter Anklage gestellt wurde. In den Vernehmungen über den letzten Fall behauptete er, nicht zu wissen, wie er sich aus seiner Garnison entfernt habe, noch wie er an Bord des fremden Dampfers gekommen sei.

Autoanamnestisch kann er über die Entweichungen vor seinem Diensteintritt genauere Angaben nicht machen. Er weiß angeblich nur noch, daß er aus Furcht vor Strafe sich nicht getraut habe, zurückzukehren; er habe sich zu Verwandten begeben, die ihn zurückgebracht

hätten. Über den letzten Fall äußert er sich: „Ich weiß nicht, weshalb ich schon wieder wegen Fahnenflucht bestraft werden soll. Ich weiß nicht, warum ich das erstemal wegen Fahnenflucht bestraft bin.“ Er solle sich damals von Tsingtau aus auf einen japanischen Dampfer begeben haben, von wo er durch eine Patrouille zurückgeholt sei. Er wisse aber von nichts. Als Veranlassung für das Fortlaufen komme in Betracht, daß er in der letzten Zeit in steter Angst gelebt habe. In dem Zimmer auf dem Fort nämlich, wo er mit dem Reinigen von Munitionsteilen beschäftigt sei, gibt er an, hätte ein Kasten mit scharfen Patronen gestanden; der Unteroffizier hätte davon wiederholt einige zum Entenschießen verwandt und die Eintragungen des Offiziers durch Radieren geändert. Da er dem Unteroffizier die Patronen habe holen müssen, habe er stets in Angst vor Entdeckung gelebt. Wie er weggekommen sei, wisse er nicht. Wegen der Unterschlagung, die ihm zur Last gelegt wurde, habe er keine Angst gehabt. Er habe die Uniformstücke, die er unterschlagen haben sollte, in Gegenwart der Kameraden für diese an seine Landsleute, die beim Seebataillon standen, verkauft und mit dem Gelde die Zeche bezahlt, die seine Stubengenossen auf seine Rechnung gemacht hätten. Er habe immer für alle bezahlen sollen. Das habe er nicht gekonnt, deshalb habe er es für sein Recht gehalten, die Schulden, die seine Kameraden gemacht hätten, von dem Gelde zu bezahlen. In den Vernehmungen habe er immer „jawohl“ gesagt; seine Kameraden hätten ihm das geraten, dann käme er am leichtesten dabei weg. Wenn soviele Leute dabei wären wie vor Gericht, dann könne er überhaupt nicht reden.

Diese Angaben stehen ganz im Widerspruch mit den Akten, die uns nach Abgabe des Gutachtens aus Tsingtau zugesandt wurden. Danach hat B. in den Vernehmungen zugegeben, sich in Uniform an Bord eines japanischen Dampfers begeben zu haben, um zu desertieren. In der Hauptverhandlung gab er an: „Einen Grund für meine Entfernung kann ich nicht anführen.“ In der Urteilsbegründung heißt es: „Es kann sein, daß die Furcht vor Strafe, die er wegen Unterschlagung zu erwarten hatte, in ihm den Gedanken entstehen ließ, zu fliehen. Dieser Gedanke konnte um so eher in ihm entstehen, als er anscheinend eine gewisse Neigung zum fessellosen Umherschweifen hat. Es kommt noch dazu, daß die Gegenvorstellungen, die das militärische Leben im Kreise der Kameraden unter den Augen

von Offizieren wohl hervorgerufen hätte, bei dem Angeklagten schwächer wurden, weil er seit längerer Zeit zum Arbeitsdienst kommandiert und meist sich selbst überlassen war. Hier mag in dem Angeklagten, der schon in der Kaserne nach Aussage des Zeugen F. still vor sich hin gelebt hatte, zuerst der Gedanke entstanden sein, wegzulaufen. Es bedurfte dann nur eines geringfügigen Anlasses, um den Gedanken zur Reife kommen zu lassen."

Nach diesem Material ein klares Urteil über die Entweichungen vor dem Diensteintritt zu erhalten, ist wohl ausgeschlossen. Über hysterische Krankheitserscheinungen, besonders über Krampfanfälle in der Jugend, ist nichts Sicheres bekannt geworden. Vielleicht sind die Zustände während der Schulzeit, in denen mit B. nichts anzufangen war, und in denen er dem Lehrer den Eindruck machte, als sei er zu einem planmäßigen Handeln unfähig, in diesem Sinne zu verwerten und als hysterische Affektstörung aufzufassen. Der Annahme, daß es sich auch bei den früheren Entweichungen um solche im hysterischen Dämmerzustande gehandelt habe, steht jedenfalls nicht entgegen der Umstand, daß Symptome einer hysterischen Psychose der Umgebung nicht aufgefallen sind. Wahrscheinlich hat hier auch der Schwachsinn seinen Einfluß geltend gemacht. Wenngleich er nach *Heilbronner*[1]) als Erklärung für diese eigentümlichen Umstände allein nicht ausreicht, so sind doch die Fälle selten, wo er überhaupt vermißt wird; *Heilbronner* hat ihn nur in einem Falle ausschließen können. Andrerseits hat *Ganser*[2]) wiederholt Wanderungen bei Kindern beobachtet, bei denen später nur ein leichter Schwachsinn nachweisbar war.

Über auslösende Momente weiß B. keine Angaben zu machen. Bei Erhebung der Autoanamnese gab er spontan an, er habe zum Schmiedehandwerk keine Neigung gehabt. Vielleicht ist also Unlust zu dem aufgedrungenen Berufe hier von Einfluß gewesen. *Heilbronner*[1]) hat bei seinen Fällen auch „unsympathische Berufspflichten" als äußeres Moment feststellen können. Für die Entweichungen während der Schulzeit sind vielleicht die „bedrückenden Verhältnisse" in der Schule, wo B. nicht „mitkonnte",

[1]) l. c.

[2]) *Ganser*: Disk. Ref. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. LV. 1898.

Tadel und Strafen heranzuziehen, obwohl diesbezügliche Fragen verneint werden.

Anders liegen die Verhältnisse bei der ersten Fahnenflucht. B. gibt hier selbst Angst als veranlassenden äußeren Faktor an. Ein nicht geringer Einfluß ist ferner dem dauernden Mangel an Beaufsichtigung des äußeren Einwirkungen wenig Widerstandsfähigen zuzuschreiben, wie es auch in der Urteilsbegründung angenommen und näher ausgeführt wird.

Es ist hierbei vorausgesetzt, das die Angaben über die fehlende Erinnerung auf Wahrheit beruhen. Ob dies tatsächlich der Fall ist, oder ob es sich um eine Teilerscheinung der Krankheit, die mangelnde Reproduktionstreue, handelt, läßt sich nicht mit Sicherheit entscheiden. B. ist ja während der Beobachtungszeit durch Übertreibungen wiederholt aufgefallen. Andrerseits machte es aber den Eindruck, als befleißigte er sich gerade in seinen Angaben über die Entweichungen größter Genauigkeit. „Die Unzuverlässigkeit der Hysterischen, soweit es sich um Aussagen über bestimmte Vorkommnisse handelt, darf nicht verallgemeinert werden" *(Fürstner)*[1]). Die Glaubwürdigkeit seiner Angaben vorausgesetzt, geht die Beeinflußbarkeit des B. aus den Verhandlungen deutlich hervor. Nach seiner Darstellung hat er alle Fragen über Einzelheiten der Entweichungen, die ihm gar nicht erinnerlich waren, unumwunden bejaht, da die Kameraden es ihm geraten hatten.

Einen besonderen äußeren Anlaß für die zweite Fahnenflucht kann B. nicht anführen. Auch die Untersuchung hat in diesem Sinne nichts ergeben. *Binswanger*[2]) hebt den schädlichen Einfluß körperlicher Überanstrengungen und gemütlicher Schädigungen gerade bei den in der Armee beobachteten Fällen von Hysterie hervor. Auf der langen Seereise von Tsingtau nach Deutschland hat B. in seiner nahe bei den Kesseln gelegenen Arrestzelle sehr unter der Hitze gelitten und heftige Kopfschmerzen gehabt. Dann kam der mehrere Monate dauernde Aufenthalt im Gefängnis. Gleich nach der Entlassung erhielt er eine Arreststrafe von sieben Tagen. Während er diese verbüßte, litt er wieder sehr an Kopf-

[1]) *Fürstner*: Die Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen. Arch. f. Psych. Bd. XXXI. 1899.

[2]) *Binswanger*: Die Hysterie. Wien 1904.

schmerzen und wollte sich am Ende krank melden, weil er sich äußerst schlapp fühlte, unterließ es aber, um nicht als Drückeberger zu erscheinen. Ferner gab er an, wenn er während der Arrestzeit aus der dunklen Zelle in eine helle kam, sei er ganz traurig geworden. Schließlich hat er in der Nacht vor der Entweichung als Posten Dienst getan. Danach habe er sich so schlapp gefühlt, daß er sich nach Genuß einiger Glas Bier zu Bett gelegt habe. Es sind dies Schädigungen, die als äußere Momente sehr wohl in Frage kommen können, insbesondere mag auch der Alkohol bei dem intoleranten Individuum begünstigend mitgewirkt haben.

Wir sind in unserm Fall, wie es wohl die Regel ist, nicht nur bei der Ergründung der veranlassenden äußeren Momente, sondern auch bei der Entscheidung darüber, ob Amnesie besteht oder nicht, allein auf die Angaben des Angeklagten angewiesen. Auf uns haben diese Angaben, daß er nicht wisse, wie er aus seiner Garnison sich entfernt habe und auf das fremde Schiff gelangt sei, einen durchaus glaubwürdigen Eindruck gemacht. Wir nehmen daher auf Grund der beobachteten Erscheinungen an — und in diesem Sinne ist auch das Gutachten erstattet —, daß die Fahnenflucht in einem hysterischen Dämmerzustande unternommen war, der vielleicht unabhängig von andern paroxysmalen Krankheitserscheinungen auftrat und mehrere Tage bis zu dem Erwachen auf hoher See bestand. Daß dabei auch der Schwachsinn, dem die hysterische Psychose gewissermaßen aufgepfropft ist, wohl mitgewirkt hat, ist oben schon hervorgehoben.

# Zur pathologischen Anatomie der Pellagra.[1])

Von

Dr. **Hugo Lukács**, Assistent, und Dr. **Rudolf Fabinyi**, Oberarzt.

Daß „Mais und Elend" die Ursachen der Pellagra seien, wie der italienische Volksmund meint, haben die Forschungen der Wissenschaft bestätigt. Auch in den von Rumänen bewohnten Dörfern Siebenbürgens stellt sich die Pellagra als natürliche Folge beider Faktoren ein, doch sind die Verhältnisse bei uns bedeutend günstiger. Eine so hohe Ziffer wie bei der Bevölkerung des Potales (zeitweise 50%) erreichen die Erkrankungsfälle bei uns nie. Diese Tatsache widerspricht an und für sich der Theorie, derzufolge die Pellagra durch Inanition entsteht *(Lusani)*, da es nach ihr unverständlich wäre, weshalb die Krankheit seltener in unseren unfruchtbaren Bergen als in dem reichen Potale auftritt.

Bezüglich der ethnographischen Verhältnisse ist zu bemerken, daß die Gebirgsbewohner, soweit wir auf Grund unserer Erfahrung und der einschlägigen ungarischen Literatur schließen können, ebenso wie die Bewohner der Alpenhöhen im Trentogebiete von der Krankheit verschont bleiben. In Siebenbürgen werden in steter Reihe die Rumänen von der Pellagra befallen. Doch kommen vereinzelte Fälle auch bei anderen Nationalitäten vor, aber nur dort, wo dieselben zwischen den Rumänen zerstreut wohnen und die Lebensweise derselben angenommen haben. Übrigens liefern unsere Erfahrungen, die Ergebnisse einer von Prof. *Lechner* und Prof. *Purjesz* angeregten fachwissenschaftlichen Expedition, die Untersuchungsresultate einer vom Ministerium entsendeten Kommission, sowie die ungarische Literatur über die Pellagra den Beweis dafür, daß auch bei der rumänischen Be-

[1]) Aus der Klinik für Nerven- und Geisteskranke zu Kolozsvàr in Ungarn. Direktor: Prof. Dr. *Karl Lechner*.

völkerung die Ursache der Entstehung der Pellagra nicht im ausschließlichen Maisbrotgenuß zu suchen sei, da dieser in Siebenbürgen weder überall gebräuchlich, noch unbedingt notwendig erscheint. Mit Ausnahme eines von *Takács* berichteten Falles, war auch der Mais nicht verdorben vorgefunden. Doch bestätigt sich die Erfahrung *Lombrosos*, daß sich in schlechten Jahren bei Verbrauch von importiertem Mais die Erkrankungen häufen. Natürlich ist auch in Siebenbürgen die Pellagra eine Krankheit der ärmeren Klassen, doch tritt sie ausnahmsweise auch bei wohlhabenden Bauern auf.

Trotzdem heute kaum noch ein Zweifel darüber bestehen kann, daß Maisbrotgenuß und Pellagra in engem Zusammenhange stehen, ist die ätiologische Frage bei weitem noch nicht gelöst. Sogar das ist noch fraglich, ob auch der gesunde, oder bloß das schimmelige Mais die Krankheit verursachen kann? Letztere Ansicht vertritt *Lombroso*. Eine neue Wendung erfuhr die Frage, als *Majocchi* behauptete, in dem Blute Pellagröser Bakterien gefunden zu haben. *Paltauf* konnte *Majocchis* Befund nicht bestätigen, doch machte er auf die Möglichkeit aufmerksam, daß Parasiten im Maise Toxine erzeugen, die der Pellagra ähnliche Symptome hervorrufen können.

*Neußer* stellte eine Theorie der Autointoxikation auf. Nach ihm entstehen beim Genusse von Maisspeisen bloß in den schon erkrankten Eingeweiden Toxine. Nach *Giaxa* wäre in diesem Falle das Bacterium coli commune der Krankheitserreger. Tatsache ist es, daß auf Maisboden gezüchtete Kolonien des Bacteriums eine erhöhte Virulenz und Toxinbildung zeigen.

Heute bilden hauptsächlich Hyphomyceten das Objekt der Untersuchung. *Gosio* untersuchte die toxinbildende Wirkung der Hyphomyceten auf Maisboden. Dr. *Pietro* experimentierte hauptsächlich mit Penicillium glaucum. Er suchte zu eruieren, ob die Toxine in dem Nährboden oder aber in den Pilzen selbst entstehen, und kam zu dem Ergebnisse, daß die Toxinbildung vom Nährboden unabhängig sei. *Ceni* behauptet, daß die Pellagra eine parasitär-toxische Erkrankung sei. Die Hyphomyceten gelangen mit dem Nährboden in den Organismus und entwickeln hier ihren deletären Einfluß. Den Krankheitserreger bilden verschiedene Arten von Aspergillus und Penicillium, deren toxische Wirkung nach Arten verschieden ist. Etliche Arten von Penicillium z. B. wirken exzitierend und verursachen Krämpfe, andere Arten von Aspergillus wirken deprimierend und verursachen Lähmungen. Er behauptet, daß die Toxinbildung in den verschiedenen Jahreszeiten verschieden intensiv sei, am stärksten im Frühjahre zurzeit der Sporenbildung. Seiner Meinung nach

wären die eigentlichen Krankheitserreger die Sporen. Im Winter werden auch die Symptome der Pellagra leichter, im Frühjahre exacerbieren sie. Es ist noch zu bemerken, daß *Elena Mani* und *Babes* ein Serum erzeugten, das die pellagrösen Symptome zu unterdrücken, bei Gesunden pellagröse Symptome hervorzurufen imstande ist.

Von infektiöser Übertragung kann nicht die Rede sein. Nie hat man wahrgenommen, daß sich die Krankheit von einem Individuum auf das andere übertrug, selbst dann nicht, wenn alle Vorbedingungen, ja sogar auch die von *Zartarini* hervorgehobene erbliche Belastung vorhanden waren.

Gewiß ist, daß die Pellagra entweder die Folge endogener oder exogener chronischer Intoxikation ist. Der beste Beweis hierfür ist, daß durch Vermeidung schädlicher Nährstoffe und Besserung der hygienischen Verhältnisse die Pellagra geheilt wird.

Auch der pathologisch-anatomische Befund spricht für eine chronische Intoxikation.

Wir untersuchten histologisch das zentrale Nervensystem dreier Fälle. die drei Fälle sind die folgenden:

I. F. K., 62jähriger, griechisch-katholischer rumänischer Taglöhner. Der Vater war geisteskrank. Lues wird in Abrede gestellt. Pat. trank in kleinerem Maße gewöhnlichen Schnaps. Sein Hauptnährmittel bestand in Roggenbrot. Im Frühjahr verlor er einen Prozeß, seitdem ist er schwermütig. Seit einigen Wochen geht er unruhig umher, jammert immerfort, läßt sich mit niemandem in ein Gespräch ein. Sein Gang ist unsicher. Seit Monaten hat er sich nicht gewaschen.

Status praesens: Von mittlerem Wuchse, stark abgemagert. Dolychocephal, das occiput ist abgeplattet. Der weiche Gaumen hebt sich während des Sprechens kaum, das Schlucken wird ihm schwer, Flüssigkeiten werden regurgitiert. Die Hautfarbe ist bleich, die Haut ist an den Hand- und Fußrücken bläulich-braun verfärbt, schuppt sich ab, mehrere krustige Geschwüre. Ein ähnliches Geschwür an dem rechten Knie. Die Haut rötet sich auf den kleinsten Druck, sogar Suffusionen entstehen.

Er bewegt sich langsam, schwer, kraftlos, ist in großem Maße atonisch. Sehnenreflexe sind nicht zu erzielen, ebensowenig die Hautreflexe. Die Pupillen sind mittelweit, gleichgroß, reagieren gut.

Die Hautempfindlichkeit kann nicht untersucht werden.

Tiefe Demenz, er stößt zeitweise unruhige, tierische Laute hervor.

Fortwährende impulsive Bewegungen.

Der Kranke starb unter den Symptomen einer Pneumonie.

Resultat der Sektion: Pneumonia fibrinosa lobi superioris dextri. Bronchitis. Emphysema pulmonum. Atrophia cordis, lienis et renum.

Cystae utriusque renis. Hepar moschatum minoris gradus. Enteritis intest. crassi. Marasmus.

II. G. M., 53jähriger, griechisch-katholischer rumänischer Taglöhner.

Die anamnestischen Angaben sind mangelhaft. Nur so viel war zu erfahren, daß er unmäßiger Alkoholiker war. Er wurde drei Wochen lang in der Klinik für innere Krankheiten unter der Diagnose Pellagra behandelt und schließlich wegen seines unruhigen Betragens auf die psychiatrische Klinik übergeführt.

Status praesens: Der Kranke ist von mittlerer Statur, stark abgemagert. Der Schädel ist unregelmäßig, an dem Scheitel eine Querfurche, Occiput abgeplattet. Der zahnlose Unterkiefer ist atrophisch. Die Ohren sind unregelmäßig gespitzt.

Die Haut der unteren Extremität bis zum Knie ist dunkler, rosenrot, an dem Handrücken neugebildete rosenrote Haut. An der Nase und an der rechten Wange erweiterte Venen.

Die Muskulatur ist erschlafft. Der Kranke kann nur vorgebeugt stehen. Die mechanische Erregbarkeit der Muskeln ist gesteigert. Allgemeiner Tremor. Pat. geht auf breiter Basis mit kleinen, trippelnden Schritten vorwärts. Die Hände sind ungeschickt. Die Sehnen- und Hautreflexe sind gesteigert. Die Pupillen gleichgroß, verengt, reagieren gut.

Emphysema. Er hustet viel. Der Kranke ist dement, inkohärent, oft aufgeregt.

Er starb unter den Symptomen einer Lungengangrän.

Das Resultat der Sektion: Hydrocephalus internus chronicus. Cavernae gangraenosae demarcatae lobi medii et inferioris pulmonis dextri cum pneumonia haemorrhagica ex aspiratione lobi inferioris. Synechia pulmonis dextri. Oedema, hyperaemia et haemorrhagia lobi inferioris pulmonis sinistri, thrombosis ramosa arteriae pulmonalis eiusdem lobi. Synechia pericardii totalis. Splenitis hyperplastica. Cicatrices renum. Atrophia mucosae intestinorum.

III. L. G., 40jähriger, griechisch-katholischer rumänischer Taglöhner.

Erblich nicht belastet. Alkoholismus wird konzediert. Hat vier gesunde Kinder. Er wurde aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit der Diagnose Pellagra übergeführt.

Status praesens: Mittelgroßer Kranker, in hohem Grade abgemagert. Der Schädel ist symmetrisch, die Ohrläppchen angewachsen. An den beiden Händen ist die Haut olivengrün-bräunlich verfärbt, stellenweise rosenrote, neugebildete, dünne Haut. Die Nägel sind geborsten.

Der Gang des Kranken ist unsicher. Patellarreflex ist nicht zu erzielen, die Hautreflexe auch nicht. Die Hautempfindlichkeit ist in großem Maße herabgesetzt. Die Pupillen sind gleichgroß, reagieren träge. Der Kranke ist dement, vollkommener Mutismus. Impulsiv bewegt er sich unaufhörlich. Er ernährt sich mangelhaft.

Er starb unter den Symptomen einer Bronchopneumonie.

Das Resultat der Sektion: Bronchopneumonia lobi inferioris pulmonis dextri. Bronchitis catarrhalis pulmonis sinistri. Pigmentatio fusca cutis post pellagram dorsi manuum et pedum. Gastritis catarrhalis.

Das klinische Bild der Pellagra, wie wir es auch in den zur Genesung führenden Fällen auf der Klinik zu beobachten Gelegenheit hatten, spricht gegen die *Tuczek*sche Annahme der Systemerkrankung des Rückenmarkes. Es mahnt vielmehr in seiner Variabilität fast an die Hysterie.

Gewiß sind Rückenmarkssymptome sehr häufig. Aber ebenso wie die histologischen Befunde nur ausnahmsweise das Bild von Systemerkrankungen bieten, ebenso gibt das klinische Bild nur ausnahmsweise die Symptomatologie einer einheitlichen Erkrankung. Sehr häufig sind tabische Symptome vorhanden. Aber erstens haben wir die drei Hauptsymptome (Romberg, Westphal, Argyll-Robertson) fast nie nebeneinander gefunden, zweitens lassen die Symptome eine anderweitige Erklärung zu, und drittens entspricht einem tabischen Symptomenkomplexe nicht immer der histologische Befund. Z. B. tabische Erscheinungen bieten Fall I und III. Im Falle III waren diese Symptome ausgesprochener, und doch fehlt gerade in diesem Falle die Degeneration der hinteren Stränge.

Das Fehlen der Patellarreflexe kann durch die häufige Anästhesie, durch die enorme Atonität der Muskeln bedingt sein. Ataxie dieser Kranken ist sehr schwer zu kontrollieren, da Schwindel, Tremor, Atonität sehr konstante Symptome sind. Die träge Reaktion der Pupillen ist bei dem hohen Alter der Kranken (die an der Klinik beobachteten Fälle sind ausnahmlos alte Leute) nicht auf zentrale Ursachen zurückzuführen.

Das Krankheitsbild der Pellagra erinnert oft an Syringomyelie. Veränderungen am Canalis centralis sind auch ein häufiger Befund. Doch die trophischen und anästhetischen Symptome können auch durch die lokale Erkrankung der Haut erklärt werden.

Noch sind Paralysis agitans und die progressive Paralyse zu erwähnen, deren Symptome bei der Pellagra häufig zu finden sind.

Wir halten für das häufigste und charakteristische Symptom die enorme Schwäche der Muskulatur, die hauptsächlich den Eindruck einer Intoxikationserscheinung macht.

Histopathologischer Befund: Da der größte Teil des Befundes in allen drei Fällen der nämliche ist, behandeln wir die drei Fälle behufs Kürze zusammen. Unser Verfahren war das folgende: Aus dem in Formol fixierten und in Celloidin eingebetteten Untersuchungsmateriale verfertigten wir Serienschnitte und färbten letztere nach *Weigert-Wolters*, *Nißl*, *van Gieson* und *Mallori*.

Das Resultat der Untersuchung ergab:

I. Die weichen Hirnhäute waren unversehrt und nur in dem zweiten Falle an manchen Partien des Rückenmarkes etwas verdickt und zellig infiltriert.

II. Die Arterien sind im Verhältnisse zu dem Alter der Kranken auffallend gesund. Unser Befund widerspricht also dem Befunde *Marianis*, der bei der Pellagra die Arteriosklerose als beständigen Befund bezeichnet. Die Erweiterung der perivaskulären Räume fand sich im dritten Falle ausschließlich im Kortex vor, während sie in den übrigen Fällen im Rückenmarke vorherrschte.

III. In allen drei Fällen war der zentrale Kanal des Rückenmarks in großem Maße verändert. In zwei Fällen fanden wir ihn ganz obliteriert, während er in einem Falle äußerst verengt, geschlängelt und verschoben war. In allen drei Fällen war das Gliagewebe der Commissur stark vermehrt. Die Häufigkeit dieses Befundes wird von den meisten Autoren (*Tuczek*, *Golgi*) bestätigt. Es scheint mit dem Wesen der Krankheit im Zusammenhange zu stehen, daß der perivaskuläre Raum aller drei zentralen Arterien in allen Fällen äußerst erweitert ist.

IV. Die markhaltigen Nervenfasern sind in dem Gehirne, Kleinhirne, verlängerten Marke ganz unversehrt. In dem zweiten und dritten Falle sind die Rückenmarksbahnen auch unverändert, während in dem ersten Falle der *Goll*sche Strang, von der Pyramidentrennung angefangen bis an der Höhe des Dorsalmarkes, in graue Degeneration übergegangen ist. Der Markscheidenzerfall ist nirgends vollkommen und ist an der Halsanschwellung am ausgeprägtesten. Aller Wahrscheinlichkeit nach steht dies im Zusammenhange mit dem Befunde, daß, angefangen von der Halsanschwellung, abwärts zunehmend, viele Zellen der hinteren Hörner degeneriert sind. Dadurch würde die Ansicht von *Babes* gestärkt, der gemäß der Zerfall der Markscheiden endogenen Ursprungs ist. Die graue Degene-

ration des *Goll*schen Stranges ist nämlich bei der Pellagra ein besonders häufiges Symptom. *Tuczek* und *Marie* behaupten, daß dieses im Zusammenhange mit dem Ausfalle der Seitenstränge eine charakteristische Systemerkrankung bietet. Wir schließen uns dagegen *Babes* an, der die Degeneration der Rückenmarkstränge eher einer elektiven Erkrankung zuschreibt, die durch den Untergang der spinalen Ganglien verursacht wird, oder es kann auch eine endogene Folge von dem Schwunde der Zellen des Hinterhornes sein. Dafür spricht auch der Umstand, daß viele Fasern unversehrt bleiben. Von Tabes unterscheidet sich die pellagröse Rückenmarkserkrankung erstens dadurch (auch nach den Erfahrungen *Belmondos*), daß sie sich nur in dem cervikalen Marke zeigt, zweitens dadurch, daß die *Lissauer*sche Zone frei ist. Die Zellen der *Clark*schen Säule sind aber in hohem Grade zugrunde gegangen. Die Degeneration der Rückenmarkstränge ist übrigens bei Pellagra häufig (siehe *Bourscharde*, *Brunetti*, *Golgi*, *Marchi*, *Tuczek*, *Marie* usw.).

V. Nervenzellen. Wenn wir nun alle drei Fälle betrachten, so finden wir, daß in der Rinde des großen Gehirnes die Schicht der kleinen Pyramidenzellen überall unversehrt ist. Die der Oberfläche näher liegende (also den kleinen Pyramidenzellen benachbarte) Schicht der großen Pyramidenzellen ist auch unversehrter, während in den tieferen Schichten, besonders in den Gyri centrales, die Nervenzellen schwer erkrankt sind. Die Schicht der polygonalen und Spindelzellen ist auch größtenteils verändert. Die schwerste Form der Nervenzellenerkrankung ist diejenige, wo der Zellenleib angeschwollen, homogen körnig, einfarbig, höchstens an den Rändern ein wenig dunkler ist und den Kern verloren hat (Chromato- und Nucleolysis). Ein leichterer Fall von Degeneration ist es dagegen, wenn der Zellenleib stärker geschrumpft, das Chromatin unregelmäßig verteilt und feinkörnig ist und daneben auch größere Knoten bildet. Der Kern ist trübe und färbt sich auch mehr oder weniger. In dem Nucleolus sind oft schwarze Körnchen zu sehen. Äußerst auffallend ist überall der Befund, daß die Nervenzellen von Gliazellen in immer größerer Zahl umgeben zu sein scheinen, während die Nervenzelle allmählich zusammenschrumpft und schließlich verschwindet. Dieser Prozeß der Gliawucherung wurde auch Phagocytose genannt, da das Bild die Annahme erweckt, als ob die von allen Seiten her angreifenden Zellen

langsam in den Körper der Nervenzelle eindringen und letzteren zertrümmern. Es war strittig, ob wohl der Zerfall der Nervenelemente das Primäre sei und der zurückgebliebene Platz durch die Gliawucherung ausgefüllt werde, oder ob umgekehrt das wuchernde Gliagewebe das Zugrundegehen der Nervenzelle verursache. Beide Prozesse können vorkommen. In unseren Fällen spricht das anatomische Bild für letztere Möglichkeit. Besonders auffallend ist die Veränderung in den Gyri centrales und in den Ammonshörnern, aber auch überall im Kortex. Dieser Befund ist immer in den innersten Schichten der polygonalen und spindelförmigen Zellen am stärksten ausgeprägt, nach außen nimmt die Intensität ab. Daß aber diese Phagocytose wirklich die Folge ausschließlich der Pellagra sei, ist zweifelhaft. Alle drei untersuchten Kranken waren schon genügend alt dazu, so daß das Alter an und für sich schon Ursache zur Gliawucherung und zum Nervenzellenzerfalle bilden konnte.

In den subkortikalen Ganglien fällt die Gliazellenwucherung auf, die Zellenveränderungen sind weniger intensiv.

In dem Kleinhirne sind keine bemerkenswerten Veränderungen.

Unter den in dem verlängerten Marke und in der Brücke liegenden grauen Kernen ist eine Veränderung der sensorischen Nervenzellen kaum zu finden, während die der motorischen intensiv ist. Die Intensität der Erkrankung nimmt nach abwärts zu. Die Zellendegeneration besteht hier besonders in der homogenen, körnigen Anschwellung, in der Chromatolyse und in dem Auspressen des Kernes an die Peripherie. Der Kern kann aber auch ganz aufgelöst sein. Die Kerne des Accessorius sind schon ganz ähnlich den vorderen Hörnern des Rückenmarkes. Gliawucherung ist hier kaum vorhanden.

In dem Rückenmarke ist, wie schon erwähnt, der Canalis centralis fast überall obliteriert. Die sensorischen Zellen der Hinterhörner zeigen mindere Veränderungen, als die äußerst kranken Zellen der Vorderhörner, die am stärksten in der Halsanschwellung erkrankt sind. Am häufigsten ist da die bereits beschriebene Kranzform (an der Peripherie scholliges Chromatin, der Zellenleib ist in der Mitte licht-homogen, hat den Kern verloren). In dem Dorsalmarke sind mehr geschrumpfte Formen vorhanden. Äußerst erkrankt ist die *Clark*sche Säule, deren Zellen eine homogene Anschwellung zeigen,

mit Nucleo- und Chromatolyse, da der Rest des Chromatins an der Peripherie einen Kranz bildet.

Ähnliche Bildungen sind auch in der Lendenanschwellung häufig, aber die Nervenzellen sind hier im Verhältnisse zu dem Dorsal- und Halsmarke ziemlich wohl erhalten.

Bemerkenswert ist die in den Ganglienzellen vorgefundene Körnigkeit, die auch von *Kotzowsky* erwähnt wird. Bei pellagröser Kachexie ist nämlich die Melanose ein beständiges Symptom. Vielleicht sind auch *Tinotti* und *Tedeschi* durch diesen Befund zur Annahme gekommen, daß ein Teil der pellagrösen Erscheinungen durch die Erkrankung der Nebenniere verursacht wird.

Unser Befund bestätigt die Beobachtungen von *Babes* und *Marinesco*, daß nämlich die Zellen der Großhirnrinde gleichfalls erkranken, und zwar haben wir die Veränderungen am ausgeprägtesten in den zentralen Windungen wahrgenommen. Im allgemeinen können wir behaupten, daß der Zerfall der motorischen Ganglienzellen intensiver ist, als der der sensorischen. In dem Rückenmarke sind die Zellen der Vorderhörner besonders angegriffen (*Tonini* spricht von einer Polyomyelitis anterior), die Hinterhörner auch, jedoch unbedeutender (*Marie*: Polyomyelitis posterior).

Wenn wir also die Veränderungen betrachten (unter Berücksichtigung natürlich der senilen Veränderungen), so sehen wir, daß, wie dies von *Tonini* und *Grimaldi* schon früher behauptet und von *Babes* auch bestätigt worden ist, all diese Veränderungen ganz und gar mit denen übereinstimmen, die wir bei den Vergiftungen mit Ergotin, Quecksilber oder auch Aconitum usw. finden und auch experimentell hervorrufen können. Der histopathologische Befund beweist also auch, daß die Pellagra eine Erkrankung toxischer Natur ist.

# Die forensische Bedeutung der dementia praecox.[1])

Von

Dr. med. **Richard Sartorius,** Aplerbeck; früher Frankfurt a. M.

Das psychische Leben des Menschen zeigt, wie alles organische Leben in der Natur überhaupt, eine aufsteigende Entwicklung, der nach der Zeit größter Kraftentfaltung ein allmähliches Zurückgehen der geistigen Leistungsfähigkeit folgt, bis das Individuum mit dem Tode diesen Kreislauf der organischen Gebilde vollendet hat. Zweimal während dieses Entwicklungsganges ist die menschliche Psyche am meisten der Gefahr der Erkrankung ausgesetzt, und zwar hauptsächlich in der Zeit der Entfaltung zur Vollreife in der Pubertät, aber auch während der allmählichen Abnahme aller psychischen Funktionen in der Zeit der Altersinvolution. Wie bei zunehmendem Wachstum und vielseitiger Ausgestaltung des Seelenlebens des einzelnen Individuums auch dessen Beziehung zur Umwelt sich immer komplizierter gestaltet, so wird sich auch bei einer Erkrankung der Seele in den Entwicklungsjahren ein Konflikt mit der Umwelt oft als unvermeidlich erweisen, um so mehr, als der Mensch gerade in diesen Jahren zuerst in selbständige Berührung mit anderen Individuen kommt. Es ist daher kein Zufall, daß der Autor, der zuerst im Jahre 1871 das Irresein in den Pubertätsjahren ausführlich beschrieb (Hecker), für diese Krankheit den Namen Hebephrenie (Jugendirresein) wählte[2]). Allgemein faßt man als Ursache dieses Irreseins der Entwicklungsjahre die gewaltigen Umwälzungen auf, die sich zur Zeit der Geschlechtsreife im Individuum vollziehen. Ganz neue, bisher völlig unbekannte

[1]) Aus der Städt. Irrenanstalt Frankfurt a. M. (Direktor: Prof. Dr. *Siolì*).

[2]) *Virchows* Archiv, Bd. II.

Seiten des Seelenlebens entpuppen sich. Neue, mächtige Gefühlstöne geben dem Handeln des Menschen eine ganz bestimmte Richtung. Der Gesunde wird bald dieses Übergangsstadium, diesen Prozeß des Werdens überwinden und seine Beziehungen zur Umwelt nach den Erfordernissen der jeweiligen Situation abstimmen.

Anders jedoch jenes Gehirn, das in dieser kritischen Zeit von der Erkrankung betroffen wird. Hier wird es, entsprechend den vermehrten Reibungsflächen nach außen hin, nicht selten zu Zusammenstößen mit den Rechten und Interessen anderer Menschen, und damit auch mit den Strafgesetzen kommen.

Die Beziehungen zwischen Geisteskrankheit und Forum sind so alt wie die Gesetzgebungen bei den Kulturvölkern überhaupt. Zwar zeigt das sonst so hoch entwickelte römische Recht keinerlei Spuren einer Mitwirkung eines ärztlichen Sachverständigen, trotzdem sind jedoch die Geisteskrankheiten wenigstens im allgemeinen berücksichtigt.

Erst in der Gesetzgebung des byzantinischen Kaisers Justinian finden wir zum ersten Male die Zuziehung von Sachverständigen vor Gericht.

Die 1532 Gesetz gewordene peinliche Gerichtsordnung Kaiser Karls V. räumt dem ärztlichen Sachverständigen eine bedeutende Stellung ein[1]),[2]),[3]). Sie kennt zum ersten Male eine ärztliche Untersuchung zur Feststellung der Geisteskrankheit.

Die für die forensische Psychiatrie wesentlichen Bestimmungen unseres neuen deutschen Strafgesetzes und des bürgerlichen Gesetzbuches sind unter Mitwirkung psychiatrischer Sachverständiger entstanden.

Bei Aufstellung des Strafgesetzbuches des Norddeutschen Bundes im Jahre 1867 wurde der Paragraph betreffend die geminderte Zurechnungsfähigkeit gestrichen zum Schaden all jener psychisch minderwertigen und jener auf der Grenze von Krankheit und Gesundheit stehenden Individuen, für die jetzt nur der Notbehelf der sogenannten mildernden Umstände besteht.

Neuerdings wird nicht nur von psychiatrischer, sondern auch von juristischer Seite Bresche gelegt in die alte Theorie der Vergeltungs-

---

[1]) *Straßmann*, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. 1895.

[2]) *v. Krafft-Ebing*, Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie. 3. Aufl. 1892.

[3]) *v. Krafft-Ebing*, Grundzüge der Kriminalpsychologie. Erlangen. 1892.

strafe[1]). Wenn es gelungen sein wird, die Strafe der Eigenart des kranken Rechtsbrechers anzupassen, also aus der Vergeltungsstrafe eine Straferziehung zu machen[2]), [3]), dann wird es auch möglich sein, den vermindert Zurechnungsfähigen in anderer Weise gerecht zu werden, als dies heute der Fall ist.

Im Vordergrund des forensischen Interesses dürfte heutzutage das vor noch nicht langer Zeit von *Kraepelin* neu aufgestellte Krankheitsbild der Dementia praecox stehen. Wegen des Kampfes um die klinische Stellung hat man ihre forensische Bedeutung bisher ganz vernachlässigt. Und doch ist ihr in bezug auf die verschiedenartigsten Delikte ein hoher ätiologischer Wert beizumessen.

Neuerdings hat *Diem*[4]) die Aufmerksamkeit auf eine bisher wenig beachtete Verlaufsart der Dementia praecox gerichtet und ihr den Namen „einfach demente Form" beigelegt. Hierher gehören die Fälle von sang- und klangloser Verblödung ohne Auftreten irgend welcher Reizerscheinungen, ohne typisch katatonische Manieren. Diesen Prozessen kommt eine ganz hervorragende forensische Bedeutung zu, namentlich bei der Beurteilung von Bettlern und Vagabunden[5]) [6]).

Die im Gefängnis zum Ausbruch kommenden Psychosen haben für uns nur insoweit Interesse, als sie der Dementia praecox resp. der Katatonie eingereiht werden müssen.

Besonders wichtig ist vom forensischen Standpunkt aus die Frage, ob dem Strafvollzug eine ätiologische Bedeutung für den Ausbruch der Psychose beizumessen ist oder nicht. In dieser Beziehung gehen die Ansichten der Autoren noch weit auseinander.

Auf der einen Seite stehen die, welche als Ursache des Ausbruchs der Psychose nicht die Haft an sich annehmen, sondern diese suchen in

---

[1]) *v. Finger*, Über geminderte Zurechnungsfähigkeit usw. Gerichtssaal. Bd. 64.

[2]) *Kraepelin*, Zur Frage der geminderten Zurechnungsfähigkeit. Monatsschr. für Krim.-Psych. und Strafrechtsreform. 1904-1905.

[3]) *Kraepelin*, Die Abschaffung des Strafmaßes. Stuttgart 1890.

[4]) *Diem*, Die einfach demente Form der Dementia praecox. Zürich 1904.

[5]) *Wilmanns*, Die Psychosen der Landstreicher. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psych. Bd. 25. 1902.

[6]) *Delbrück*, Gerichtliche Psychopathologie. 1897. S. 107.

der individuellen psychischen Disposition des Gefangenen. (*Sommer*[1]), *Kirn*[2]), *Naecke*[3]).)

Die andere Gruppe mißt neben der oben angeführten Ursache der Haft an und für sich eine besondere Bedeutung bei (*Gutsch*, *Reich*, *Djeckoff* usw.).

Einen vermittelnden Standpunkt nimmt *Delbrück* ein[4]).

*Kraepelin* vertritt die Meinung, daß es sich bei den hier in Rede stehenden Fällen vielfach um Formen handle, die „den Verblödungsprozessen nahe verwandt sind".

Die Gefängnishaft scheint ihm für die Entstehung der Dementia praecox doch eine gewisse Bedeutung zu haben.

Bei 30 % seiner Kranken resp. 6 % der Männer brach die Psychose im Gefängnis aus; nicht immer in Einzelhaft[5]).

Unter den seit den letzten zehn Jahren in der Städtischen Irrenanstalt Frankfurt a. M. beobachteten 831 zum Krankheitsbild der Dementia praecox gehörigen Fällen befanden sich (außer zwölf akuten hysterischen Gefängnispsychosen) neun nach längerer Gefängnishaft zum Ausbruch gekommene Katatonien. Ein Einfluß der Haft auf den Ausbruch der Krankheit ließ sich bei diesen letzten Fällen in keiner Weise bestimmen.

Ein frisch nach der Internierung entstandener Fall eines Verblödungsprozesses kam nicht zur Beobachtung.

*Wilmanns* ist geneigt, all den Schädlichkeiten der Einzelhaft eine Einwirkung auf die ersten Erscheinungen, aber auch auf das erneute Aufflackern einer Dementia praecox zuzuschreiben[6]).

Man sieht also, daß die vom forensischen Standpunkt aus so wichtige Frage, ob die Gefängnishaft direkt eine Dementia praecox hervorrufen kann, noch zu keiner endgültigen Lösung gekommen ist.

---

[1]) *W. Sommer*, Beiträge zur Kenntnis der kriminellen Irren. Allgemeine Zeitschr. für Psych. Bd. 40. 1884.

[2]) *Kirn*, Die Psychosen in der Strafanstalt. Allgemeine Zeitschr. für Psych. Bd. 45. 1889.

[3]) *Mönkemüller*, Die akuten Gefängnispsychosen und ihre praktische Bedeutung. Monatsschr. für Kriminal-Psychologie und Strafrechtsreform. Jahrg. I. 1904-05.

[4]) *Skliar*, Über Gefängnispsychosen. Monatsschr. für Psych. u. Neurol. Bd. 16. 1904.

[5]) *Kraepelin*, Lehrbuch der Psychiatrie. 7. Aufl. 1904.

[6]) *Wilmanns*, Psychopathologie des Landstreichers. S. 366. Leipzig 1906.

Von weit größerem forensischen Interesse sind die Beziehungen, die zwischen Dementia praecox und Simulation bestehen. Scheint doch die wahl- und regellose Aufeinanderfolge der Symptome unserer Psychose zur Nachahmung geradezu herauszufordern.

Einen interessanten Fall von versuchter Simulation bei tatsächlich vorhandener Dementia praecox bringt *Raimann*[1]). Das Parere gibt an, Patient sei von jeher schwachsinnig gewesen, jetzt soll er mit dem Rade ein Kind überfahren haben, höre sich bedrohen, sei ängstlich, schlaflos, esse nicht, wollte sich den Hals abschneiden. In der Anstalt ist Patient deprimiert, bietet das Bild weit vorgeschrittenen Blödsinns. „Bald zeigt Patient zunehmende Angst, kniet im Bette, fleht den Arzt mit gefalteten Händen an, man solle ihn nicht umbringen, er sei wirklich krank. Läßt sich nicht beruhigen. Nach ein paar Tagen erklärt er sein Verhalten. Die Leute sagten, er habe ein Kind ermordet, er erwarte die Todesstrafe. Da man aber dieselbe an Geisteskranken nicht vollziehen dürfe, habe er sich geisteskrank gestellt, in der Hoffnung davon loszukommen."

„In den folgenden Tagen durchbricht die Angst alle Hemmungen. Patient steht vollkommen im Banne seiner Gehörstäuschungen und Wahnideen, klammert sich an den Arzt, kratzt sich das Gesicht blutig, läuft laut schreiend wie in Todesangst im Saale herum. Dieser Zustand klingt allmählich in ein Stadium schwachsinnigen Größenwahns hinüber."

Mit dem Nachweise der Simulation ist die Untersuchung noch nicht abgeschlossen; denn Simulation und Geistesstörung schließen sich — wie uns *Moeli*[2]) gelehrt hat — nicht gegenseitig aus. Das ist ein eminent wichtiger Punkt, namentlich im Hinblick auf die Verblödungsprozesse der Dementia praecox. Erwähnt doch *Kraepelin*[3]), daß er gar manchen seiner Simulanten später verblödet in der Anstalt wiedergefunden hat.

Eine bedeutende, leider sehr traurige Rolle kommt der Frage der Simulation beim Militär zu. Hier werden, hauptsächlich von dem subalternen Ausbildungspersonal, die Anfangssymptome einer vielleicht schleichend einsetzenden Dementia praecox sehr oft für Faulheit und Halsstarrigkeit gehalten, und nun wird mit allen Mitteln der Disziplin zum großen Schaden des armen Kranken dagegen vorgegangen.

---

[1]) *Raimann*, Über Simulation von Geistesstörung. Jahrbücher für Psych. Jahrg. 22.

[2]) *Möli*, Über irre Verbrecher. Berlin 1888.

[3]) *Kraepelin*, Lehrbuch der Psychiatrie. 7. Aufl. 1904.

Welche durch die Krankheit gesetzten Veränderungen bedingen denn nun hauptsächlich einen Konflikt mit den bestehenden Gesetzen, entweder mit dem Strafgesetz oder mit den Normen des bürgerlichen Rechts? Oft werden die plötzlichen und unmotiviert auftretenden Erregungszustände ein polizeiliches oder gerichtliches Einschreiten bedingen.

Andererseits führt die mehr oder minder hochgradige Verblödung und die daraus entstehenden sinnlosen Handlungen vielleicht noch häufiger zu Konflikten mit den Gesetzen. Unterstützend wirkt dabei mit der Mangel an Energie und die Unfähigkeit, verlockenden Gelegenheiten Widerstand zu leisten. Es leuchtet ein, daß eine Menge der durch die Krankheit hervorgerufenen pathologischen Eigenschaften ein Forensischwerden bedingen können.

In historischer Beziehung finden wir auf die forensische Bedeutung der Dementia praecox zuerst aufmerksam gemacht bei *Hack Tuke*[1]). Der progrediente Schwachsinn bedinge gefährliche Impulse, auch moralische Perversitäten. Oft würden die betreffenden gar nicht für geisteskrank gehalten.

*Kahlbaum* weist in zwei Vorträgen über eine klinische Form des moralischen Irreseins 1884[1]) und über Heboidophrenie 1889[2]) auf die forensische Wichtigkeit jener weniger stürmisch, mehr schleichend verlaufenden Formen von Verblödung hin. Bei der bestehenden moralischen Schwäche würden oft Diebstähle verübt. Alle Strafen seien nutzlos. Man nehme daher oft Schlechtigkeit als Ursache an und schiebe den betreffenden z. B. nach Amerika ab.

Was die Art der hauptsächlich bei Dementia praecox beobachteten Verbrechen und Vergehen anbelangt, so läßt sich kein bestimmtes Verbrechen als besonders charakteristisch bezeichnen. So wechselvoll die Symptome, so umfangreich ist auch die Zahl und die Art der vorkommenden Verbrechen. Doch muß man einräumen, daß gewisse Arten von Delikten etwas bestimmter und häufiger hervortreten. Das sind Körperverletzungen, Landstreicherei und Diebstahl. Die Gründe dafür liegen offenbar in dem psychologischen Mechanismus der gesetzten Störung. Das eine Mal ist es der plötzlich, unvorherge-

[1]) *Diem*, Die einfach demente Form der Dementia praecox. Zürich 1904.

[2]) *Diem*, Die einfach demente Form der Dementia praecox. Zürich 1904.

sehen eintretende Erregungszustand, der verantwortlich zu machen ist, das andere Mal der Intelligenzdefekt, der Mangel an Energie, die Gleichgültigkeit. Diese letztgenannten Eigenschaften bedingen wieder ein Zurücktreten der Vergehen, die zu ihrer Ausführung Mut, Entschlossenheit oder Überlegung erfordern.

Die heutzutage relativ schnell mögliche Unschädlichmachung von Geisteskranken bringt es mit sich, daß die Dementia praecox in strafrechtlicher Beziehung im Vergleich zu ihrer ungemeinen Häufigkeit doch verhältnismäßig weniger Unheil anrichtet, als man vielleicht im ersten Augenblick glauben könnte.

Wenn wir versuchen, die in der Literatur niedergelegten und die selbstbeobachteten forensischen Fälle von Dementia praecox nach allgemeinen Gesichtspunkten zu gruppieren, so stellt sich bald die Unmöglichkeit einer auf innerer Zweckmäßigkeit aufgebauten Einteilung heraus. Am logischsten zweifellos ist eine auf die Motive zur Straftat gegründete Gruppierung. Das läßt sich aber nicht durchführen, da nur in den wenigsten Fällen ein einzelnes klar bestimmbares Motiv verantwortlich zu machen ist. Oft ergeben sich verschiedene Beweggründe, deren genaue Bewertung bezüglich ihres Einflusses auf die Handlung unmöglich ist; oder aber es zeigt sich, was noch häufiger vorkommt, eine allgemeine Verwischung der Motive, so daß nur die Krankheit in ihrer Gesamtheit als Faktor in Betracht gezogen werden kann. Es bleibt daher nur übrig eine Gruppierung nach dem juristischen Effekt, also nach Gattungen von Delikten, wobei wir uns jedoch die Äußerlichkeit dieser Einteilung nicht verhehlen dürfen, zumal sie auf die psychologische Genese der Handlung keine Rücksicht nimmt.

Nach diesen Erläuterungen über das Einteilungsprinzip geben wir eine allgemeine Übersicht über die in der „Städtischen Irrenanstalt zu Frankfurt a. M." in den letzten zehn Jahren beobachteten Fälle von Dementia praecox.

Unter den 831 Aufnahmen der letzten z e h n Jahre, die als Dementia praecox, Katatonie oder Hebephrenie diagnostiziert waren, befanden sich 41 strafrechtliche Fälle. Zivilrechtliche Fälle gelangten in den letzten f ü n f Jahren 19 zur Beobachtung. Im Prozentverhältnis ausgedrückt, erhält man für die strafrechtlichen Fälle 4,81 %; für die zivilrechtlichen eine nur wenig niedrigere Zahl. Es ist auch

der Versuch gemacht worden, auf Grund der Strafregister die evtl. vorhandenen Beziehungen zwischen der Psychose und den Vorstrafen festzustellen. Bei etwa 1/4 der Fälle wurde eine so deutliche Häufung der Strafen kurze Zeit vor Ausbruch der Geisteskrankheit festgestellt, daß die Annahme einer ursächlichen Bedeutung der Krankheit hinsichtlich der mannigfachen strafrechtlichen Konflikte berechtigt erscheint. Ausdrücklich sei betont, daß den oben angeführten Prozentverhältnissen keine weitergehende Bedeutung beizumessen ist. Deutlich konnte man verfolgen, wie unter dem Einfluß *Kraepelin*scher Lehren die Diagnose Dementia praecox in den letzten Jahren häufiger geworden ist.

Das am meisten vorkommende Delikt war öffentliches Ärgernis (7 Fälle). Dann folgte in allmählicher Abstufung Diebstahl (6); Bettel, Körperverletzung, Betrug, Unterschlagung und Fahnenflucht (je 4 Fälle); Sittlichkeitsverbrechen und Zechprellerei (je 3 Fälle); Mord, Prostitution (je ein Fall).

Diese Zahlen könnten einen gewissen Anhalt liefern über die Häufigkeit der einzelnen Gattungen von Verbrechen. Doch käme diesen Ziffern nur relativer Wert zu. Beispielsweise ist der Bettel auffallend gering vertreten, was augenscheinlich in dem anders gearteten Krankenmaterial der Großstadt seinen Grund hat.

Einige selbstbeobachtete Fälle von Dementia praecox, die alle wegen Erregung öffentlichen Ärgernisses verhaftet worden waren, gestatten uns einen genauen Einblick in die Detailbeziehungen zwischen Psychose und Delikt. Die Verhältnisse der Großstadt fordern natürlich gebieterisch die schleunige Entfernung aller störenden Elemente aus dem öffentlichen Leben. Doch reicht dieser Umstand allein nicht aus zur Erklärung des häufigen Vorkommens gerade dieses Deliktes. Ohne Zweifel handelt es sich hier um eine typische Reaktionsart des durch die Psychose gesetzten geistigen Schwächezustandes, der ja auch zu sinn- und zwecklosen Handlungen, um die es sich bei der Erregung öffentlichen Ärgernisses fast immer handelt, in hervorragender Weise disponiert.

Zwei junge Leute, ein Hausbursche J. B. von 23 Jahren und ein Metalldreher H. F. von 22 Jahren, bieten vieles Gemeinsame. Beide waren in ihrer Jugend vollkommen normal, mittelmäßige Schüler, nicht hereditär

belastet. Kurz vorher war bei beiden eine Veränderung des Wesens beobachtet worden. Der eine sprach seit drei Wochen wenig, grüßte niemand mehr, erschien tiefsinnig, war auch schon einmal von Hause weggelaufen. Eines Tages stürzte er plötzlich ohne Veranlassung in ein Haus, schrie „Teufel, Hilfe" usw. und hatte furchtbare Angst. Bei der polizeilichen Festnahme war Patient sehr aggressiv. In der Anstalt anfangs noch ängstlich erregt, zeitweise verwirrt. Nach einiger Zeit beruhigt er sich, ist aber immer mürrisch widerstrebend, namentlich bei der Nahrungsaufnahme, ganz interesselos, spricht ungern, spontan gar nicht, verfällt bald in Stupor, dessen Tiefe wechselt; erwacht nach drei Wochen daraus; jetzt Überwiegen hypochondrischer Vorstellungen. Wird nach sechsmonatigem Aufenthalt der Provinzialanstalt zugeführt. Hier Erregungszustände mit Zerstörungswut, zunehmende Verblödung. Der andere wurde wegen Skandalierens in einer Wirtschaft verhaftet. War schon hier wegen seines Benehmens aufgefallen, äußerte Größenideen. In der Anstalt geordnet, aber ohne Verständnis für seine Lage. Affektlos, später motorisch erregt, führte zusammenhanglose Reden. Zeitweise mürrisch, schlägt Purzelbäume usw. Nach sechs Monaten der Provinzialanstalt zugeführt, wird er hier stuporös, mutazistisch. Nach weiteren vier Monaten ging der Stupor zurück, und Patient wurde als gebessert entlassen.

Ein 26 jähriger Buchbinder J. W. wurde verhaftet, als er damit beschäftigt war, am hellichten Tage Zunderstückchen in einen Briefkasten zu werfen. Er hatte nicht die geringsten Vorsichtsmaßregeln gebraucht und begründete sein Tun damit, daß er den Ärzten „Feuer für ihre Köpfe" senden wollte. Es stellte sich bald heraus, daß es sich hier um eine Frühverblödung handelte. Vor drei Jahren hatte er einen akuten Schub gehabt, war 14 Tage lang erregt, halluzinierte, äußerte Wahnideen schwachsinnigen Charakters. Der liebe Gott sei ihm erschienen, habe ihm eine Lotterienummer gegeben, die gewinnen müsse. Anamnestisch wurde festgestellt, daß Patient als Schüler mäßig begabt, aber äußerst fleißig war; immer grüblerisch verschlossen. Schon einige Zeit vor der Tat hatte man wieder eine Veränderung in seinem Wesen bemerkt. Patient sagte, wenn er allein war, Monologe auf; war sonst zusehends verschlossener; war dann wieder laut, sang, onanierte in schamloser Weise; sagte, er sei Messias. Zuletzt wurden eigentümliche, taktmäßige Bewegungen der Hände beobachtet. In der Anstalt hört er Stimmen von Gott, ist aber orientiert. Bietet zeitweise Katalepsie, Echolalie, Echopraxie. (Wo sind Sie hier?) „Im Garten Eden auf dem Alpenverein." (Wo gelernt?) „Beim Pförtner auf Erden" usw. Wird nach zwei Monaten zusehends schwächer, stumpfer. Ist „in einem Saal mit Toten", sieht Tiere, dazwischen auch euphorisch. Nach zwei Jahren dasselbe Bild.

Besonders charakteristisch ist folgender Fall: H. B., 23 Jahre, zuletzt ohne Beruf. Patient hat gut gelernt. Wurde mit 16 Jahren

Schreiber bei einem Rechtsanwalt. Nach kurzer Zeit entlassen, angeblich wegen „Nervosität"; in Wirklichkeit schwänzte er den Dienst oder schlief während des Schreibens ein. Kam dann in ein Elektrizitätswerk. Machte im Dienst dummes Zeug, rauchte Zigaretten. Auch hier als unbrauchbar entlassen. War dann noch in vielen andern Stellen. Nachdem er oft wegen Bettelns bestraft war, wurde er eines Tages verhaftet, als er auf dem Hauptbahnhof Briefmarken auf den Fußboden klebte. In der Anstalt bot er Zeichen eines hochgradigen Schwachsinns ohne irgend welche Reizerscheinung. Offenbar hatte hier der Verblödungsprozeß schon mit dem sechzehnten Jahre begonnen. Es handelt sich also um die einfach demente Form der Dementia praecox. Patient ist später immer mehr verblödet.

In sämtlichen Fällen blieb es bei einem Konflikt mit der Polizei, da wegen der geringen Bedeutung der betreffenden Delikte ein Strafverfahren nicht anhängig gemacht und durch die schnelle Überführung in die Irrenanstalt eine baldige Erkennung der Geisteskrankheit gewährleistet war. Diese Fälle charakterisieren vortrefflich eine Seite der durch die Psychose verursachten Defekte, jene innere Haltlosigkeit und die vollständige Gleichgültigkeit für das Unsoziale in dem Benehmen. Beachtenswert ist der mit dem Auftreten der Störung parallellaufende soziale Verfall.

Recht häufig ist das Delikt des Diebstahls. Einen lehrreichen Fall beschreibt *Chlumsky*[1]).

Anna D., 16 Jahre alt, stahl aus einer Kommode eine größere Summe Geld. Patientin suchte die Tatsache, daß kurz zuvor eine Fensterscheibe im Zimmer beim Putzen eingedrückt worden war, in raffinierter Weise zu ihrem Vorteil auszunutzen, um den Verdacht von sich abzulenken. Da im Gefängnis ein halluzinatorischer Verwirrtheitszustand ausbrach, kam Patientin zur Begutachtung. Anamestisch ergab sich, daß sie in der Schule mittelmäßig begabt war, doch heiter und gesellig. Seit einem Jahre vor dem Diebstahl war eine Veränderung mit ihr vorgegangen. Sie ließ den Kopf hängen, sprach von selbst kein Wort, wurde im Dienst gleichgültig, simulierte viel, war gedankenlos, vergeßlich. Patientin wurde wegen hochgradiger Imbezillität exkulpiert.

Sehr lehrreich und für unsere Krankheit typisch ist ein von *Stransky*[2]) beschriebener Fall. Ein Mann wurde beim Schuhestehlen ertappt, die

[1]) *Chlumsky*, Diebstahl bei erworbenem Schwachsinn. Vierteljahreszeitschr. für gerichtl. Medizin. Bd. IV. 1892.

[2]) *Stransky*, Zur Auffassung gewisser Symptome der Dementia praecox. Neurol. Zentralblatt, 23. Jahrg. 1904.

Ausführung geschah ganz plump und ohne die geringsten Vorsichtsmaßregeln. Da er im Polizeiarrest nicht sprach, wurde er wegen Simulationsverdacht der Irrenanstalt überwiesen. „Ist auch hier mutazistisch, verfaßt sinnlose Schriftstücke, bietet kataleptische Starre, die durch Schmerzreiz nicht beeinflußt wird." Nach sechs Monaten trat allmählich eine Remission ein. Patient erinnerte sich, daß er voriges Jahr nach Amerika ausgewandert war; hatte auf der Überfahrt Heimweh gehabt, Stimmen gehört; konnte dort nicht arbeiten, kehrte zurück. Sei dann auf der Straße arretiert worden. Was die Hauptsache ist, von dem Diebstahl wußte er nichts.

Sein Bruder fand ihn zusehends verblödet gegen früher.

Dieser Fall zeigt außer der tiefen Bewußtseinstrübung, die zunächst gar nicht offenkundig war, jenen auffallenden Mangel an Vorsichtsmaßregeln beim Ausführen des Deliktes, aus dem heraus man beinahe schon versucht ist, eine Geistesstörung anzunehmen. Sehr wichtig für die forensische Auffassung des Falles ist die vollkommene Amnesie für das Delikt.

Die abnorm leichte Beeinflußbarkeit zeigt typisch folgender selbstbeobachtete Fall.

Der 19jährige J. R. wurde durch einen vielfach vorbestraften Menschen zum Fahrraddiebstahl verführt. Gleich darauf begab er sich in eine Wirtschaft, um den Erfolg zu feiern; ließ aber beim Weggehen das eben erst gestohlene Fahrrad aus Vergeßlichkeit stehen. Nachdem er seine Strafe abgebüßt hatte, beschuldigte er sich eines Tages selbst eines erneuten Fahrraddiebstahls. Es ließen sich aber tatsächliche Unterlagen für die Beschuldigung nicht finden. Der Kreisarzt nahm Simulation an; in der Anstalt gab er als Grund der Selbstanzeige an, daß die Leute ihn so angeguckt und die Köpfe nach ihm umgedreht hätten. Es habe gerufen: „Der kommt aus dem Gefängnis, der wirds noch bereuen, der hat ein Fahrrad gestohlen." Patient wurde im Zustand mäßiger Verblödung nach fünf Monaten entlassen. — An dieser Stelle sei noch eines seltenen Falles von Kleptomanie[1]) bei Dementia praecox gedacht: Ein junger Mediziner stahl in Straßburg im Kolleg eine Menge Mäntel; wußte dafür kein Motiv anzugeben; trug bezeichnenderweise die Mäntel selbst auf der Straße. Patient wurde exkulpiert auf ein Gutachten von Professor F.. Straßburg, das ausführte: „daß sich bei Patientem im Anschluß an unregelmäßig aufeinander folgende Depressions- und Erregungszustände ein progressiver Schwachsinn entwickelt habe — das bekannte Bild der Pubertätspsychose."

[1]) *Wilhelm*, Ein Fall von sogenannter Kleptomanie. Archiv für Kriminalanthropologie. Bd. 16. 1904.

Die weitgehendste ätiologische Bedeutung muß der Dementia praecox nach neueren Forschungen (*Wilmanns*) zugeschrieben werden bezüglich des Bettelns und der Vagabondage. Schon *Kirn*[1]) gedenkt in eingehender Weise der Bedeutung der frühzeitigen Verblödung für die Insassen der Korrektionsanstalten. Er diagnostiziert meist Paranoia; von unserm Standpunkt aus würde man vielfach von Dementia praecox sprechen. Am eingehendsten hat sich mit dieser Frage *Wilmanns*[2]) beschäftigt. Dieser Autor fand bei 60 von 120 seiner Fälle, die meist aus einem Arbeitshause stammten, eine Dementia praecox. Je nach dem Alter und der Zeit der Einwirkung auf die Lebensführung unterscheidet er drei Gruppen.

Bei der ersten handelt es sich um ursprünglich gesunde Personen, die seßhaft und in geordneten Verhältnissen lebten. Zwischen dem zwanzigsten und dreißigsten Lebensjahre machten sie eine akute Psychose durch, die unvollständig heilte. Seitdem datiert das Landstreicherleben. Hier ist es der durch den akuten Schub gesetzte Schwachsinn, der das soziale Scheitern bedingt.

Die Kranken der zweiten Gruppe sind ursprünglich ebenfalls sozial. Ohne daß zunächst eine ausgesprochene geistige Störung vorhanden ist, geraten die Leute allmählich ohne erkennbaren Grund in ein unstätes, unregelmäßiges Leben und werden professionelle Landstreicher. Hier ist typisch das schleichende Eintreten der Verblödung. Weitaus das Gros der Landstreicher setzt sich aus solchen Individuen zusammen. Sie gehören alle zu der von *Diem* besonders hervorgehobenen sogenannten einfach dementen Form der Dementia praecox, der in forensischer Beziehung eine ganz besondere Bedeutung zukommt.

Die dritte Gruppe wird gebildet aus Individuen, die von Geburt aus mit Schäden intellektueller oder sittlicher Natur behaftet sind. Schon in der Schule kommen sie nicht recht vorwärts und erlernen

---

[1]) *Kirn*, Über Geisteskrankheiten der Korrigenden. Archiv für Psych. Bd. 22. 1891.

[2]) *Wilmanns*, Die Psychosen des Landstreichers. Zentralblatt für Nervenkrankheiten und Psych. Bd. 25. 1902. — Zur Psychopathologie des Landstreichers. 1906. — Das Landstreichertum, seine Abhilfe und Bekämpfung. Monatsschr. für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. Jahrg. I. 1904-05.

meist kein Handwerk. Sie verfallen früh der Vagabondage. Nach massenhaften Konflikten mit dem Gesetze landen sie als ausgesprochen geisteskrank in der Irrenanstalt. Hier pfropft sich auf dem Boden einer Imbezillität der fortschreitende Verblödungsprozeß einer Hebephrenie auf. *Wilmanns* rechnet etwa 20 % seiner Fälle dieser Verlaufsart zu.

Nicht selten beobachtet man bei Dementia praecox als Delikt Körperverletzung. Eine solche Straftat charakterisiert sich in der Regel durch das Fehlen jeglichen verständlichen Motivs, eine herzlose Brutalität bei der Ausführung.

Einen äußerst typischen Fall beschreibt *Moeli*[1]). B., 21 Jahre alt, hatte einen Fuhrmann, von dem er sich hatte mitnehmen lassen, ohne jede Veranlassung mit dem Messer hinter dem Ohr gestochen, aber nichts geraubt. Es stellte sich heraus, daß B. schon vor der Tat eigentümlich gewesen war. Früher war er fleißig und ordentlich. Dann lief er plötzlich nachts herum, zerriß sein Bettzeug, lief von Hause weg. In der Anstalt zeigten sich eine Menge Halluzinationen und schwachsinnige Verfolgungsideen. Patient wurde verblödet in eine Provinzialanstalt überführt.

Manchmal kann man direkt den Einfluß von Halluzinationen nachweisen, wie in dem Falle *Bischoffs*[2]), bei dem der Kranke vor dem Untersuchungsrichter davon sprach, er sei dazu „aversiert" worden, den Leuten mittels einer Hacke die Köpfe einzuschlagen.

Betrug und Unterschlagung kommt relativ selten vor, weil den Kranken die hierfür erforderliche Überlegung und List bei ihrer geschwächten Intelligenz nicht zur Verfügung steht. Meist ist die Ausführung so plump, daß eine baldige Entdeckung der Straftat auf dem Fuße folgt.

Nur wenig wird Sittlichkeitsverbrechen beobachtet. Zum Teil mag es daran liegen, daß bei einem chronischen Verblödungsprozesse auch die sexuellen Gefühlstöne mehr und mehr verblassen. Vereinzelt äußert sich dann das Geschlechtsgefühl in irgend einer schamlosen Weise. So beobachtete Verfasser einen Fall, in dem ein verblödeter Katatoniker mit Größenideen an seinem eigenen Kinde Sittlichkeitsverbrechen beging. Bezeichnenderweise kam er auf Anweisung selbst zur Anstalt.

---

[1]) *Moeli*, Über irre Verbrecher. S. 7. Nr. 13.

[2]) *Bischoff*, Über einen Fall von Schwachsinn mit moralischer Depravation. Jahrbücher für Psych. u. Neurol. Bd. 17. 1898.

Ein Fall von Brandstiftung[1]) sei kurz erwähnt: „Patient gab als Motiv an, er wolle Feuer sehen, habe Langeweile gehabt, wisse nicht, warum. Das Haus habe schief gestanden, er habe einen richtigen Bauplan im Kopfe."

Noch ist des in sozialer Bedeutung folgenschwersten Verbrechens, des Mordes, zu gedenken, der vereinzelt bei Dementia praecox beobachtet wird. Pathognomonisch ist bei diesen Fällen fast immer die enorme Brutalität, mit der die kranken Täter zu Werke gingen.

Zunächst zwei Fälle *Moelis*: G., 22 Jahre alt[2]), war schon mit 16 Jahren in Anstaltsbehandlung wegen einer Psychose, die mit tiefem Schwachsinn namentlich in gemütlicher Hinsicht und mit anfallsweise auftretenden Gehörstäuschungen einherging. Trotz Abratens wurde Patient von der uneinsichtigen Mutter abgeholt. Bald darauf erschlug G. seine Mutter mit dem Zuckerbeil, nahm Geld an sich, um nach Bern zu reisen, „wo so schöne künstliche Bäder sind". Patient ist später immer mehr der Verblödung anheim gefallen, die manchmal auch durch anfallweise auftretende Erregungszustände unterbrochen ist.

D., 16 Jahre alt[3]), lernte schlecht, zeigte schon ein Jahr vor dem Verbrechen ein auffallend stilles Wesen, so daß es der Schwester auffiel. Eines Nachts verwundete er drei Schwestern mit einem Beil nicht unbeträchtlich. Nicht lange darauf stopfte er seinem kleinen Brüderchen mit einem Handtuch den Mund zu und schnitt ihm mit einem Rasiermesser in den Hals. In der Anstalt wurde eine hebephrenische Psychose festgestellt, die zu dauernder tiefer Verblödung führte.

Ein selbstbeobachteter Fall: J. B., 32 Jahre, war von jeher auffallend, großmannssüchtig, aufgeregt und wenig ausdauernd. In der Schule Durchschnittsschüler, lernte das Metzgerhandwerk, hat jedoch zehnmal während der Lehrzeit seine Stelle gewechselt; ging dann auf Wanderschaft; beim Militär nichts Bemerkenswertes. Blieb seinem Berufe nicht treu, wurde später Arbeiter, Hausierer, Hausbursche. Wenn er 100 M. gespart hatte, tat er so, als könne er jetzt als Rentier leben. Schon seit längerer Zeit zeigten sich Erregungszustände, er mißhandelte die Frau, verprügelte die Kinder. Darnach war er wieder weich, bat um Verzeihung. Eines Tages erstach er plötzlich mit seinem Taschenmesser zwei seiner Kinder, während die Frau und eine ältere Tochter nur mit knapper Not entrinnen konnten. Am Nachmittage kurze Zeit vor der Tat wollte der Patient in einem Hause telephonisch Gendarmerie bestellen, da er „umstellt",

[1]) *Meyer*, Kasuistische Beiträge zur forensischen Psychiatrie. Vierteljahresschr. f. gerichtl. Medizin. Bd. 23. 1902.

[2]) *Moeli*, Über irre Verbrecher. S. 10. Nr. 1.

[3]) *Moeli*, Über irre Verbrecher. S. 16. Nr. 7.

„umringt" sei, „nicht fort könne". In der Anstalt bot Patient das typische Bild der Katatonie mit wechselnden Zuständen von Stupor und Erregung mit Stereotypien, Manieren, Halluzinationen und Wahnideen.

In besonders schwieriger Situation befinden sich oft die Gerichtsärzte manchen Verlaufsformen der Dementia praecox gegenüber, zumal dieselben zumeist erst durch längere Beobachtung in einer Irrenanstalt gründlich erkannt werden können. Erst dann erkennt man z. B. die eigenartige Charakterveränderung in ihrer schwerwiegenden pathognomonischen Bedeutung. Oft läßt sich eine Umwandlung der ganzen Persönlichkeit, namentlich in ethischer Beziehung, manchmal innerhalb eines relativ kurzen Zeitraumes, feststellen. Bei der Schwierigkeit der Begutachtung mancher Fälle, namentlich der sang- und klanglos Verblödenden, fordert *Cramer*[1]) hauptsächlich auch im Interesse der sogenannten jugendlichen Verbrecher eine längere als die sechswöchige Beobachtungszeit, zumal bei diesen Formen eine Gesetzesübertretung lange vor der klinischen Erkennbarkeit der Störung stattfinden kann.

Noch auf einem anderen Gebiete des öffentlichen Lebens spielt die Dementia praecox durch ihre eigenartigen Erscheinungsformen und die daraus entspringenden Konsequenzen eine bedeutende Rolle, nämlich beim Militär[2]).

Der eigenartige Schwächezustand bedingt eine gänzliche Unzulänglichkeit gegenüber den Anforderungen des Dienstes an die geistige Spannkraft und Auffassungsfähigkeit des Individuums. Zu beachten ist, daß der gemeine Soldat, aus seiner gewohnten Umgebung herausgerissen, gänzlich neuen und ihm unbekannten Verhältnissen sich gegenüber sieht. Wie leicht wird da das kranke Hirn versagen.

Diese Verhältnisse üben oft eine sogenannte auslösende Wirkung aus[3]). Am häufigsten kommt es zu Gehorsamsverweigerungen infolge des Negativismus. Oft lacht der Soldat in läppischer Weise mitten im Glied. Beim Exerzieren begeht er scheinbar absichtlich Fehler.

---

[1]) *Cramer*, Welche medizinischen Gesichtspunkte sprechen für die Einführung einer bedingten Strafaussetzung und Begnadigung? Monatsschr. für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Jahrg. 1904-05.

[2]) *Sommer*, Diagnostik der Geisteskrankheiten. S. 255—266.

[3]) *Simon*, Ein Beitrag zur Kenntnis der Militärpsychosen. Bericht über die Lothringische Bezirksirrenanstalt bei Saargemünd. 1899.

Nach dem Grunde gefragt, gibt er vielleicht nichtssagende Antworten: „weil ich es so tun mußte", „ich konnte nicht anders" und Ähnliches. Die gemütliche Stumpfheit, die Gleichgültigkeit bedingen Nachlässigkeit im Dienst. Auf diese Weise können die mannigfachsten Erscheinungsformen der Krankheit einen Konflikt mit der militärischen Zucht hervorrufen. Die Vorgesetzten wenden natürlich solchem Verhalten gegenüber Disziplinarstrafen an. Diese müssen jedoch wirkungslos bleiben, ja sie dienen manchmal nur dazu, die krankhaften Äußerungen des Individuums zu steigern. Gegen solchen „Trotz" und „Halsstarrigkeit" ist natürlich im Interesse der Disziplin eine noch schwerere Strafe nötig. So ergibt sich oft ein Circulus vitiosus, aus dem nur der sachverständige Arzt heraushelfen kann. Er wird aus dem Vergleich zwischen den früheren und dem jetzigen Verhalten meist die krankhafte Natur der Störung erkennen können. Die größten Schwierigkeiten bereiten allerdings die still und schleichend einsetzenden Verblödungsprozesse[1]).

Vom militärischen Ausbildungspersonal werden diese Zustände fast immer verkannt, besonders gern für Simulation gehalten. In diesen Verhältnissen liegt mit eine der Hauptursachen für die Soldatenmißhandlungen.

Keineswegs darf, wie *Simon*[2]) betont, dem militärischen Dienst als solchem eine ursächliche Bedeutung beim Entstehen der Psychose zugeschrieben werden.

Bei der fortschreitenden Erkenntnis der Wichtigkeit der Dementia praecox für militärische Verhältnisse haben sich viele Bestrebungen geltend gemacht, den armen Kranken durch möglichst schnelle Erkennung und Entfernung aus dem Heere gerecht zu werden[3]).

Typisch erkennt man die schweren Folgen, die das nicht rechtzeitige Erkennen einer schleichend verlaufenden Dementia praecox unter militärischen Verhältnissen zeitigen kann, an folgendem selbstbeobachteten Fall.

---

[1]) *Schultze*, Über Psychosen bei Militärgefangenen nebst Reformvorschlägen.

[2]) *Simon*, Beiträge zur Kenntnis der Militärpsychosen. Bericht über die Lothringische Bezirksirrenanstalt bei Saargemünd. 1899.

[3]) Veröffentlichungen auf dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. Heft 30. Über die Feststellung regelwidriger Geisteszustände bei Heerespflichtigen und Heeresangehörigen. 1905.

A. B., 27 Jahre alt, war schon in der Jugend vielfach wegen Diebstahls bestraft worden. Zum Militär ausgehoben, begab er sich kurz vor der Einstellung nach Frankreich, wurde dort wiederholt wegen Diebstahls eingesperrt. Als er zurückkehrte, wurde er wegen unerlaubter Entfernung mit zwei Monaten Gefängnis bestraft. Kurz nach seiner Einstellung als unsicherer Heerespflichtiger reiste er einfach von der Garnison weg nach Hause und beging wieder einen Diebstahl. Als Grund der Entfernung gab er an, er sei von den Unteroffizieren und Kameraden zu sehr mißhandelt worden. Es gelang ihm bald darauf, aus dem Untersuchungsgefängnis zu entweichen. Nun trieb er sich ein paar Jahre vagabondierend in Holland, Belgien und Frankreich herum und war dort oft hinter Schloß und Riegel. Nach Deutschland zurückgekehrt, wurde er wegen Fahnenflucht zu vier Jahren Gefängnis verurteilt. Während bisher niemand an Geisteskrankheit gedacht hatte, kam er jetzt, nachdem im Festungsgefängnis oft Tobsuchtsanfälle sich eingestellt hatten, zur Begutachtung. Als Resultat der Untersuchung ergab sich die auf dem Boden einer Imbezillität entstandene einfach demente Form der Dementia praecox mit spärlichen Halluzinationen, die schon zu hochgradiger Verblödung geführt hatte.

Während bisher der Geisteskranke als aktiver Rechtsbrecher betrachtet wurde, kann er auch selbst das Objekt abgeben, an dem ein Verbrechen ausgeübt wird. Es kommt nämlich nicht selten vor, daß an Dementia praecox leidende, meist schon hochgradig verblödete weibliche Personen geschwängert werden. Natürlich ist die gemütliche Verblödung und die Willenlosigkeit als Ursache dieser Preisgabe verantwortlich zu machen. So erwähnt *Kraepelin*[1]) den Fall eines bisher anständigen Mädchens, das in den Remissionen einer Dementia praecox drei uneheliche Kinder gebar.

Die Beziehungen der Dementia praecox zum Strafrecht beruhen hauptsächlich auf der Erörterung, inwieweit im vorliegenden Falle die Bedingungen des § 51 des StGB. zutreffen oder nicht. In zivilrechtlicher Hinsicht sind die Möglichkeiten der psychiatrischen Begutachtung eines Kranken entschieden vielgestaltiger. Doch sollen wegen der größeren Einfachheit der Sachlage nur zwei Punkte, Entmündigung und Ehescheidung, näher berührt werden.

Statt der Entmündigung wird die Einsetzung einer Pflegschaft manchmal, z. B. für einen in der Remission befindlichen oder mit leichtem Defekt geheilten Kranken vollkommen genügen.

[1]) *Kraepelin*, Lehrbuch der Psychiatrie. 1904. S. 235.

um seine Interessen und die der Allgemeinheit zu schützen. Wenn auch solche Kranke komplizierteren Dingen, wie z. B. der Vermögensverwaltung nicht gewachsen sind, so werden sie doch einfache geschäftliche Handlungen vornehmen können. Ein solcher Patient wird ganz gut imstande sein, etwa einen kleinen Zigarrenladen oder Ähnliches zu besorgen. Ihn zu entmündigen ließe sich bei solcher Sachlage kaum rechtfertigen und wäre eine unnütze Härte. Die wechselnden Erscheinungsformen der Dementia praecox bedingen es, daß der Nachweis der Störung manchmal nicht ganz leicht dem Richter gegenüber zu führen ist, z. B. bei den ganz allmählich ohne Auftreten von Reizerscheinungen verblödenden Formen. Es kann vorkommen, daß auf Teilgebieten gute, ja glänzende Kenntnisse vorhanden sind. In solchen Fällen wird es darauf ankommen, nachzuweisen, daß der Betreffende eine praktische Tätigkeit, die eine gewisse Verantwortlichkeit und Selbständigkeit in sich schließt, nicht auszuüben vermag[1]). Das „Wissen" mag allenfalls noch genügen, aber sein zweckmäßiger Gebrauch, das „Können", versagt meist.

Hinsichtlich der Ehescheidung nach § 1569 des BGB. bietet gerade unsere Krankheit die größten Schwierigkeiten. Da ist zunächst die vom Gesetz normierte Forderung zu beachten, daß jede Aussicht auf Wiederherstellung der ehelichen geistigen Gemeinschaft ausgeschlossen sein muß. Aber selbst der Schöpfer des Krankheitsbildes, *Kraepelin*, räumt ein, daß Heilungen vorkommen; man berücksichtige auch die möglichen Remissionen. Die klinische Kenntnis der Krankheit ist noch nicht so weit gediehen, daß man aus den Erscheinungsformen allein mit Sicherheit auf den Ausgang schließen könnte. Doch darf man im allgemeinen sagen, daß mit der Dauer und der Intensität der Krankheitssymptome der resultierende geistige Defekt wächst. Im besonderen wird viel auf die Verhältnisse des einzelnen Falles ankommen.

Ein Fall, der die Schwierigkeit der Sachlage deutlich erkennen läßt, findet sich bei *Diem*[2]). Eine Frau hatte vor ihrer Verheiratung einen weiter nicht beachteten leichten Depressionszustand durchgemacht. Nach kurzem glücklichem Verlauf der Ehe traten Insuffizienzerscheinungen auf.

[1]) *Hoche*, Handbuch der gerichtl. Psychiatrie. S. 255 ff.

[2]) *Diem*, Die einfach demente Form der Dementia praecox. Archiv für Psych. Bd. 37.

Patientin wurde unverträglich, sorgte nicht mehr für den Haushalt usw. Erst nach langer Zeit stellte sich ein nicht sehr erheblicher Schwachsinn ein. Die Schwierigkeiten der Begutachtung eines solchen Falles in seinen Anfangsstadien bei einer eventuellen Ehescheidungsklage liegen auf der Hand.

In den vorstehenden Blättern sollte gezeigt werden, welch umfangreiche Beziehungen sich zwischen dem vielgestaltigen Krankheitsbilde der Dementia praecox und dem Straf- und Zivilgesetz entwickeln können. Es wurde der Nachweis versucht, daß dieser Krankheit vom forensischen Standpunkte aus eine eminente, immer wachsende Bedeutung zukommt, welche die der meisten anderen Geisteskrankheiten überragt. Auf die Schwierigkeit der Erkennung, namentlich der einfach dementen Form wurde besonders hingewiesen. Jene mehr oder minder Verblödeten bilden als ein großer Prozentsatz der Landstreicher und auch zum Teil der immer wieder rückfälligen Verbrecher eine wahre Plage der Gesellschaft. Sie gehören mit zu den vielen, denen man mit den Grundsätzen des modernen Strafrechts nicht gerecht werden kann.

Für sie gilt besonders, was von *Kraepelin*[1]) u. a. (*Leppmann, von Liszt, van Calker, Delbrück, Seuffert*) für die humanere, auf psychiatrischer Erkenntnis beruhende Ausgestaltung unseres Strafrechtes gefordert wird.

[1]) *Kraepelin*, Zur Frage der geminderten Zurechnungsfähigkeit. Monatsschr. für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Jahrg. 1905.

# Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

## XV. Versammlung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie zu Danzig am 29. Juni 1908.

Anwesend waren: *Birnbacher*-Danzig, *Birnbaum*-Conradstein, *von Blomberg*-Dziekanka, *Boege*-Danzig, *Deutsch*-Lauenburg i. Pomm., *Dodillet*-Owinsk, *Farne*-Danzig, *Freymuth*-Zoppot, *Gillwald*-Allenberg, *Hantel*-Neustadt (Westpr.), *Havemann*-Tapiau, *Herse*-Schwetz, *Heinze*-Neustadt (Westpr.), *Hieronymus*-Lauenburg i. Pomm., *Ketz*-Conradstein, *Krüger*-Tapiau, *Lauschner*-Treptow a. R., *Luther*-Lauenburg i. Pomm., *Mercklin*-Treptow a. R., *Meyer*-Königsberg i. Pr., *Puppe*-Königsberg i. Pr., *Pieszeczek*-Conradstein, *Rothamel*-Danzig, *Schiedat*-Neustadt (Westpr.), *Schütze*-Owinsk, *Seemann*-Danzig, *von Seydlitz*-Allenberg, *Siemens*-Lauenburg i. Pomm., *Steinert*-Speichersdorf, *Stoltenhoff*-Kortau, *Taubert*-Lauenburg i. Pomm., *Tomaschny*-Treptow a. R., *Wallenberg*-Danzig, *Warschauer*-Hohensalza, *Werner*-Owinsk. Im Ganzen 35 Teilnehmer.

Seine Abwesenheit hat entschuldigt: *Schultze*-Greifswald.

*Mercklin* als Geschäftsführer eröffnet die Versammlung und gedenkt des verstorbenen Mitgliedes Kreisarzt Dr. *Heise*-Culm, dessen Andenken durch Erheben von den Sitzen geehrt wird. Zum Schriftführer wird *Tomaschny*-Treptow gewählt. Versammlungsort für 1909 ist wiederum Danzig, für die Geschäftsführung werden *Dubbers*-Allenberg und *Rabbas*-Neustadt (Westpr.) gewählt.

*Mercklin* erstattet den Kassenbericht, es wird ein Mitgliedsbeitrag von 1 M. erhoben.

Als Referatthema für 1909 wird auf Antrag von *Meyer*-Königsberg gewählt: „Die körperlichen Erscheinungen bei Dementia praecox." Zu Referenten werden *Meyer*-Königsberg und *Tomaschny*-Treptow bestimmt.

Die Versammlung beschließt die Absendung eines Glückwunschtelegrammes an Geh.-Rat *Krömer*-Conradstein, der am 1. Juli d. J. das 25 jährige Jubiläum seiner Tätigkeit als Anstaltsdirektor feiert. *Siemens*-Lauenburg dankt für die Glückwünsche, die er aus gleicher Veranlassung am 1. April d. J. erhalten hat.

Der Vorsitzende verliest ein Antwortschreiben des Landeshauptmanns der Provinz Westpreußen, der für eine an ihn ergangene Einladung zur Sitzung dankt und die Gründe seines Fernbleibens angibt.

*Meyer*-Königsberg berichtet (außerhalb der Tagesordnung) über folgenden Fall: 35 jährige Frau, kinderlose Ehe, früher gesund. 2. Mai 1908 eitrige Angina, die in einigen Tagen ablief. Ende Mai 1908 Schmerzen im ganzen Körper, besonders in der Herzgegend. 9. Juni 1908 unklar, phantasierte, ängstlich, sprach nach, steife Haltung.

10. Juni 1908 Aufnahme in die Klinik. Ruhig, matt. Schlecht orientiert, besonders über Ort und Zeit. Faßt schwer auf, spricht wenig und abgerissen, Stimmung deprimiert, einzelne Versündigungsideen; ißt nicht.

Körperlich sehr dürftiger Ernährungszustand, sonst nichts Besonderes, im Urin Indican. 11. Juni Fieber (38,3°), das einige Tage anhielt, nie sehr hoch war, dann wechselnde Temperatur; Milzschwellung.

Psychisch in den nächsten Tagen: Dauernde Unklarheit („vergesse das Denken"), einzelne Halluzinationen, stereotype Bewegungen, spricht abgerissen, einzelne Zahlen, wiederholt. 13. Juni 1908. Im Blut sehr zahlreiche Staphylokokken (Hygienisches Institut). Na-Cl-Infusionen, außerdem — einige Tage später — Collargol 1,0 : 100,0 p. os resp. p. Klysma. Seitdem fortschreitende körperliche Besserung. Spricht nicht, wehrt ab. 22. Juni. Etwas freier, doch stets träumerisch, unklar. 23. Juni. Andeutung von Aphasie: Messer? Schlüssel — Feder — Spitzmesser — wird geschnitten.

Korkzieher? Scharf, spitzt etwas zu, usw. Ball? Feder — — Trompete? Spitze, Spitze — —. Deutliche Perseveration.

23. Juni 1908. Liquor cerebrospinalis chemisch, mikroskopisch, bakteriologisch frei. Jetzt noch sehr unklar, spricht wenig, wird mit der Sonde ernährt.

Es handelt sich nach allem um eine Amentia, deren ursächlichen Zusammenhang mit der eitrigen Angina der Staphylokokkennachweis im Blute anzeigt als Ausdruck der Pyämie. Erwähnenswert sind die Stereotypien, ferner die aphasischen Erscheinungen, hier offenbar psychisch bedingt, ferner der negative Liquorbefund gegenüber dem positiven Blutbefund, wobei *Meyer* die Notwendigkeit der Blutuntersuchung betont, endlich die anscheinend günstige Wirkung des Collargol, das vielleicht auch sonst bei Amentia, Delirium acutum usw. infektiöser oder toxischer Herkunft versucht werden sollte.

*Herse*-Schwetz demonstriert Schädel und Gehirn einer Mikrozephalen. Es handelt sich um eins von vier mikrozephalen Geschwistern, von denen sich drei seit 1888 in der Schwetzer Anstalt befinden. Vier Geschwister sind normal. Erbliche Belastung nicht wesentlich nachweisbar. Die Kranke starb im Alter von 54 Jahren an Lungentuberkulose. Die noch in der Anstalt lebenden Geschwister sind zurzeit 61 resp. 57 Jahre alt. Psychisch

standen die drei Geschwister auf einer sehr niedrigen Stufe. (Ausführliche Mitteilung ist beabsichtigt.)

Referat: Einweisung, Festhaltung und Entlassung von gemeingefährlichen bezw. nach § 51 StGB. freigesprochenen Geisteskranken in Anstalten.

Erster Referent *Stoltenhoff* - Kortau:

Ref. weist auf die Anhäufung geisteskranker Verbrecher und nach § 51 StGB. freigesprochener Individuen in den Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten hin; so befinden sich in Kortau, obwohl die Provinz Ostpreußen in Tapiau eine Anstalt für gewalttätige geisteskranke Männer mit 68 Plätzen besitzt, zurzeit 83 Männer und 18 Frauen, welche mit dem Strafgesetzbuch in Konflikt geraten sind; dazu kommen 6 Fürsorgezöglinge. Forscht man den Ursachen dieser Tatsache nach, so ist ein großer Teil dieser Kranken zu Unrecht verurteilt worden, und es muß deshalb bei der Aburteilung angeschuldigter Personen häufiger als bisher ein psychiatrisch gebildeter Arzt zugezogen werden, insbesondere muß als Forderung aufgestellt werden, daß kein Kind zur Fürsorgeerziehung verurteilt werden darf, bevor es von einem Irrenarzt begutachtet worden ist.

Die Anhäufung derartiger Kranker in den Anstalten ist, obwohl ein Teil derselben fleißige und harmlose Insassen sind, vom Übel wegen der oft vorkommenden Neigung zu Querulieren, Komplotten und Fluchtversuchen; es ist daher das Bestreben erklärlich, derartige Elemente der öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt fernzuhalten, und an Vorschlägen zur Erreichung dieses Zwecks hat es nicht gefehlt. In den uns am meisten berührenden Kulturstaaten — Frankreich und England — ist die Frage am besten gelöst, resp. in der Lösung begriffen; in beiden Staaten bestehen resp. sind vorgeschlagen Gesetze — nicht wie bei uns Ministerialerlasse —, welche diese Materie regeln; es gibt resp. soll geben besondere Anstalten, in welche wegen Geisteskrankheit freigesprochene und in der Haft geistig erkrankte Individuen auf Grund Gesetzes oder Gerichtsbefehls eingeliefert werden, und zwar auf unbestimmte Zeit, so zwar, daß auch die Entlassung gesetzlich geregelt ist; diese Anstalten baut und leitet der Staat. In Preußen sind zurzeit maßgebend die bekannten Ministerial-Erlasse, welche indessen unsern Anforderungen nicht entsprechen; es ist auch bei uns eine gesetzliche Regelung dieser Angelegenheit durchaus erforderlich, allgemein giltige Bestimmungen lassen sich indessen nicht aufstellen, sondern es ist in jedem einzelnen Fall strengste Individualisierung und Berücksichtigung des Werdeganges, des Milieus, des Verhaltens vor dem Verbrechen, des Bestehens von Alkoholismus usw. erforderlich.

In engem Zusammenhange mit dieser Frage steht die Anrechnung der in Anstalten zugebrachten Zeit auf die Strafhaft.

In dieser Beziehung sind die §§ 487 und 493 StrPO. nicht in Einklang zu bringen, und der mir bekannte Standpunkt der Staatsanwaltschaft steht in direktem Gegensatz zu dem, was meines Erachtens angestrebt werden muß. So lange strikte die Verbüßung einer Strafe in den Mauern des Gefängnisses oder Zuchthauses gefordert wird, wird der von der Geisteskrankheit befallene Verbrecher außer dem schweren Unglück — der Geisteskrankheit — nach Lage der jetzt bestehenden Auffassungen wegen eines Deliktes, welches ihm sonst etwa zwei Jahre oder auch mehr Einschließung verschafft hätte, ungezählte Jahre, womöglich Zeit seines Lebens der Freiheit beraubt sein.

Für das Ungerechte dieser Handhabung, sowie für die Tatsache, daß Individuen, welche nicht vollkommen geheilt sind, zwar des Aufenthalts in einer Irrenanstalt nicht bedürfen, aber auch nicht strafvollzugsfähig sind, fehlt das Verständnis. Die Besorgnis, daß die Anrechnung der Anstaltszeit auf die Strafhaft Simulanten züchten könnte, ist unbegründet. Die Entlarvung der Simulanten ist den modernen Anstaltsärzten in den meisten Fällen leicht. Auch bricht sich die theoretisch wie praktisch durchaus begründete Ansicht Bahn, daß, soweit es mit der wissenschaftlichen Überzeugung irgend vereinbar ist, in zweifelhaften Fällen eher die Anwendbarkeit des § 51 verneint als bejaht, bezw. Strafvollzugsfähigkeit angenommen wird. Die Juristen und das gebildete Publikum stehen aber leider der Psychiatrie und ihren Vertretern mit einem meiner Ansicht nach völlig unbegründeten Mißtrauen gegenüber: dasselbe ist vielleicht erklärlich aus den Anschauungen noch nicht lange zurückliegender Zeiten, in denen die Monomanien proklamiert wurden und viele Ärzte ihren Beruf darin sahen, Angeschuldigte zu exkulpieren. In dieser Hinsicht ist ein vollständiger Umschwung eingetreten; die moderne Psychiatrie mit ihren vervollkommneten Hilfsmitteln strebt einzig und allein nach der Erkenntnis der Wahrheit; sie will dem Juristen eine unparteiische und unentbehrliche Ratgeberin sein, und durch dieses Zusammenarbeiten von Juristen und Psychiatern, wie es Professor *Sommer* in Gießen erfolgreich angestrebt und in die Wirklichkeit umgesetzt hat, wird die Erforschung der Wahrheit ermöglicht und die so notwendige Übereinstimmung dieser beiden Faktoren herbeigeführt.

Viel zur Erreichung dieses Zieles wird es beitragen, wenn die maßgebenden Behörden die Überzeugung haben, daß der Versuch einer beabsichtigten Entlassung auch von Erfolg gekrönt sein wird; es gilt darum, die zu Entlassenden nicht ohne Anhalt in die Welt hinauszustoßen, sondern Stellen zu schaffen, wo ihnen Arbeit, Schutz vor Rückfall und eventuell Unterstützung zuteil wird; in dieser Beziehung wirkt in Ostpreußen sehr segensreich ein Verein — Alkohol-Wohlfahrtstelle — in Königsberg. Derselbe unternimmt es, für die zu entlassenden Alkoholiker, auch kriminelle, einzutreten; es empfiehlt sich aber auch, für die nicht alkoholischen verbrecherischen Geisteskranken Vereine zu gründen, also Vereine für ent-

lassene Geisteskranke, und es muß die Gründung solcher Vereine eventuell mit behördlicher Unterstützung angestrebt werden; ich bezweifle nicht, daß eine solche Tat gute Früchte zeitigen würde. In jedem Falle aber müssen wir eintreten für gesetzliche Regelung dieser ganzen Materie, und ich empfehle Ihnen die von uns gemeinsam aufgestellten Thesen zur Annahme, damit auch wir an unserm Teil dazu beitragen, daß Zustände beseitigt werden, auf welche der alte Spruch paßt: Summum jus summa injuria.

Zweiter Referent *Puppe*-Königsberg:

Meine Herren! Herr *Stoltenhoff* hat Ihnen soeben die wichtigsten für das uns beschäftigende Thema in Betracht kommenden gesetzlichen Bestimmungen angeführt. Meine Aufgabe wird es sein, Ihnen darzustellen, wie sich die Verhältnisse in der Praxis gestalten, und Ihnen sodann einige Vorschläge zu machen, die zu akzeptieren Herr *Stoltenhoff* und ich Sie bitten.

Der Begriff der Gemeingefährlichkeit.

Der Begriff der gemeingefährlichen Geisteskrankheit findet sich nirgends im Gesetz; gleichwohl ist die Vorstellung, daß ein Geisteskranker häufig gemeingefährlich ist, zweifellos dem Volksbewußtsein sehr geläufig, nur schwanken die Definitionen der Gemeingefährlichkeit noch außerordentlich hin und her, und es ist zuvörderst unsere Aufgabe, nachzuforschen: was man denn eigentlich unter Gemeingefährlichkeit und unter gemeingefährlicher Geisteskrankheit zu verstehen habe.

Sind etwa — so will ich zunächst fragen — alle diejenigen Persönlichkeiten, welche auf Grund des § 51 StGB. freigesprochen werden, gemeingefährlich geisteskrank? Keineswegs! Unmöglich würden wir einen Menschen, welcher auf Grund des § 51 StGB. von der Anklage freigesprochen wird, daß er unbefugt Eier oder Junge von jagdbarem Federwild oder von Singvögeln ausgenommen habe, für gemeingefährlich geisteskrank erklären können, nur eben deshalb, weil er diese Delikte begangen hat. Ebensowenig würden wir einen Menschen für gemeingefährlich geisteskrank erklären können, der nach § 51 StGB. freigesprochen ist, nachdem er unbefugt in einen Weinberg gegangen ist, oder der vor beendeter Ernte über einen bestellten Acker seinen Weg genommen hat, der mit einer Einfriedigung versehen war.

Das sind, meine Herren, Übertretungen im Sinne des Strafgesetzbuches, und wir können von den Delikten, die das Strafgesetzbuch nennt, die ganze große Klasse der Übertretungen ausscheiden als solche Zustandsmerkmale, welche das Vorliegen einer gemeingefährlichen Geisteskrankheit bedingen.

Der Erlaß der Minister der Medizinalangelegenheiten und des Innern vom 15. Juni 1901 trägt diesem Umstand ja auch Rechnung, indem er

von Geisteskranken, welche auf Grund des § 51 freigesprochen oder auf Grund des § 203 StPO. außer Verfolgung gesetzt sind, und von geisteskranken Verbrechern spricht, bei denen der Strafvollzug ausgesetzt ist — sofern diesen Personen ein Verbrechen oder ein nicht ganz geringfügiges Vergehen zur Last gelegt ist. Also, ein Verbrechen oder ein nicht ganz geringfügiges Vergehen ist eines der Zustandsmerkmale für eine mit Gemeingefährlichkeit verbundene Geisteskrankheit oder richtiger gesagt, kann es sein. Denn es leuchtet wohl ein, daß wir auch Gemeingefährlichkeit werden annehmen müssen, in einer Reihe von Fällen, in welchen es noch nicht zur Begehung eines Verbrechens oder eines nicht ganz geringfügigen Vergehens gekommen ist. Freisprechung nach § 51 StrGB. und Gemeingefährlichkeit decken sich also nicht, das habe ich hier zunächst nachweisen wollen.

Das Strafgesetzbuch spricht im Abschnitt 27 von gemeingefährlichen Verbrechen und Vergehen und versteht darunter: Brandstiftung, Zerstörung von Sachen durch Explosion, Bewirkung einer Überschwemmung, Transportgefährdung, Telegraphengefährdung, Zerstörung von Wasserleitungen, Schleusen, von Schiffahrtsabzeichen, Bewirkung einer Schiffsstrandung, Vergiftung von Brunnen und Gebrauchsgegenständen, Durchbrechung von Quarantainemaßregeln, Nichtinnehaltung von Lieferungsverträgen zu Kriegszeiten, Verstöße gegen die Regeln der Baukunst. Würden wir den Begriff der gemeingefährlichen Geisteskrankheit lediglich auf diese gemeingefährlichen Verbrechen und Vergehen beschränken, so würden wir, meine ich, den Begriff, der uns interessiert, wieder viel zu eng fassen. Immerhin werden wir aber aus den Definitionen, welche der 27. Abschnitt des Strafgesetzbuches nennt, das gemeinsame Zustandsmerkmal für Gemeingefährlichkeit entnehmen können, daß es sich bei allen diesen Delikten um grobe Verstöße gegen die Sicherheit des Verkehrs handelt.

§ 6 Abs. 3 des BGB. enthält eine Definition der Gemeingefährlichkeit, welche ebenfalls hier zu berücksichtigen wäre: entmündigt kann ein Trinker werden, welcher die Sicherheit anderer gefährdet. Also die Gefährdung der Sicherheit eines anderen ist ein weiteres Zustandsmerkmal der Gemeingefährlichkeit. Die Sicherheit des einzelnen und der Gesamtheit ist vom Gesetz gewährleistet, und derjenige Geisteskranke oder Trinker, welcher gegen die diesbezüglichen Bestimmungen sich vergeht, ist als gemeingefährlicher Geisteskranker zu bezeichnen.

§ 361, Nr. 5 enthält folgende Strafbestimmung: „Mit Haft wird bestraft, wer sich dem Spiel, Trunk oder Müßiggang dergestalt hingibt, daß er in einen Zustand gerät, in welchem zu seinem Unterhalt oder zum Unterhalt derjenigen, zu deren Ernährung er verpflichtet ist, durch Ver-

mittlung der Behörde fremde Hilfe in Anspruch genommen werden muß." und § 362 bestimmt, daß die nach Vorschrift des § 361 Nr. 5 Verurteilten auch nach verbüßter Strafe der Landespolizeibehörde überwiesen werden können. Letztere erhält dadurch die Befugnis, die verurteilte Person entweder bis zu zwei Jahren in ein Arbeitshaus zu bringen oder zu gemeinnützigen Arbeiten zu verwenden.

Die eben vorgetragenen gesetzlichen Bestimmungen interessieren uns, weil es sich ja hier um die strafrechtliche Behandlung von Trinkern handelt, und weil hier die Möglichkeit gegeben ist, Trinker in Arbeitshäuser einzuweisen oder zu gemeinnützigen Arbeiten zu verwenden. Ich erwähne diesen Punkt hier deshalb, weil ich der Ansicht bin, daß Trinker ganz besonders leicht in einen Zustand der Gemeingefährlichkeit geraten können, und zwar nicht nur, weil sie die Sicherheit anderer gefährden, sondern auch weil sie, wie das der § 361 StGB. auch ausspricht, behandlungsbedürftig, also hilfsbedürftig werden infolge ihrer Trunksucht. Damit aber kommen wir zu einem weiteren Zustandsmerkmal für den Begriff der Gemeingefährlichkeit, insofern als geisteskranke Personen infolge ihrer Geisteskrankheit hilfsbedürftig, pflegebedürftig u. dgl. m. werden können, und als auch sich aus diesem Zustand der Pflegebedürftigkeit auf verschiedenfache Weise ein Zustand der Gemeingefährlichkeit entwickeln kann.

Ein Trinker ist hilfsbedürftig, und man hilft ihm, indem man ihn in eine Trinkerheilanstalt gibt. Ein imbeziller Trottel, der zu schwachsinnig ist, um sich irgendwie durchzuhelfen, und der von jedem zum Besten gehalten wird, der ihm begegnet, ist hilfsbedürftig. Beide werden gemeingefährlich, wenn man sie sich selbst überläßt, der Trinker wird die Sicherheit anderer gefährden, der Trottel wird die öffentliche Sittlichkeit gefährden u. dgl. m.

Was ist nun allen diesen Zuständen aber gemeinsam, so fragen wir weiter. Ich meine, daß das Wesentliche aller dieser Zustände nur das antisoziale Handeln des Betreffenden ist, und daß diejenigen Geisteskranken als gemeingefährlich angesehen werden müssen, welche in erheblicher Weise antisozial handeln, oder von denen man sich dessen versehen kann. Derjenige ist dagegen nicht gemeingefährlich, der etwa durch seine Handlungsweise nur eine Belästigung des Publikums verursacht. Antisozial aber ist der Geisteskranke, der sowohl gegen seinen Nächsten als auch gegen sich selbst diejenigen Bedingungen nicht erfüllt, welche die Ruhe des Nächsten und die Sicherheit des Verkehrs und die Erhaltung der eigenen Integrität bedingen.

Nach *Moeli* definiert man den Begriff der Gemeingefährlichkeit als einen Zustand, in dem der Betreffende für sich oder andere gefährlich

oder für die öffentliche Ordnung störend wird. *Aschaffenburg*[1]) nennt einen Geisteskranken gemeingefährlich, der infolge oder während seiner geistigen Störung die allgemeine Rechtssicherheit erheblich gefährdet oder sie zu gefährden droht.

Wenn ich oben Gemeingefährlichkeit definierte als einen Zustand, in dem der Betreffende in erheblicher Weise antisozial handelt, so bin ich mir wohl bewußt, daß damit keineswegs eine scharfe Definition geschaffen ist, und gerade das Wort „erheblich", welches ich meiner Definition eingeschaltet habe, ist ja auch dazu bestimmt, die Schärfen, die die Definition sonst enthalten würde, abzuschwächen. Denn es dürfte schließlich manchmal im einzelnen Falle sehr schwer zu entscheiden sein, wo das soziale Handeln aufhört, und wo das antisoziale Handeln anfängt. Ich bin eben der Ansicht, daß sich eine allen Anforderungen entsprechende Definition der Gemeingefährlichkeit nicht finden läßt, und daß gerade von Fall zu Fall die Frage der Gemeingefährlichkeit, und zwar unter Berücksichtigung aller Umstände des Falles beantwortet werden muß und auch nur so beantwortet werden kann.

Ich bitte dabei zu berücksichtigen, daß derselbe Geisteskranke, der sich in einer pflegsamen Umgebung befindet, sozial brauchbar wird bis zu einem gewissen Grade.

Stößt man ihn hinaus oder kommt er in eine unharmonische Umgebung, in welcher der Kampf ums Dasein in unangenehmer Weise auf ihn einwirken muß, so wird er erregt, gewalttätig, antisozial. Der Trinker, der in eine Guttemplerloge oder in einen Blaukreuzerverein tritt, ist von dem Moment an unter Umständen sozial wieder möglich und brauchbar. Wird er rückfällig, wird er antisozial. Es hängt also in diesen Fällen von der Umgebung ab, ob dasselbe Individuum gemeingefährlich ist oder nicht, und man wird diese Erfahrung sehr zu berücksichtigen haben, wenn es sich darum handelt, einen wegen Gemeingefährlichkeit in eine Irrenanstalt eingewiesenen Menschen wieder aus derselben zu entlassen.

Individualisieren heißt es also, wenn wir jemand für gemeingefährlich erachten wollen.

Und wir möchten uns erlauben, Ihnen aus diesem Grunde unsere These I zu unterbreiten: „Gemeingefährlichkeit kann nur unter Berücksichtigung aller Einzelheiten des Falles als vorliegend anerkannt werden. Eine für alle Fälle passende Definition zu liefern ist unmöglich."

---

[1]) *Aschaffenburg*: Die Behandlung gemeingefährlicher Geisteskranker und verbrecherischer Gewohnheitstrinker. Sonderabdruck aus der vergleichenden Darstellung des deutschen und ausländischen Strafrechts. Berlin, Otto Liebmann.

Hierbei sind wir uns bewußt, daß der Begriff der Gemeingefährlichkeit streng genommen ein juristischer Begriff ist, ähnlich wie „Geisteskrankheit" und „Geistesschwäche" im Sinne des § 6 BGB. oder „freie Willensbestimmung" im Sinne des § 51 StGB., § 104 BGB. auch lediglich juristische Begriffe sind. Der medizinische Sachverständige muß aber, ebenso wie in den eben erwähnten Fällen, wissen, was er darunter zu verstehen hat.

Die Handhabung der bestehenden Bestimmungen.

Auf Grund der Verfügung des preußischen Justizministers vom 25. Oktober 1882 werden Gefangene, welche wegen Geisteskrankheit aus dem Gefängnis entlassen werden, der Polizeibehörde des Entlassungsortes überwiesen; der Entlassungsgrund ist in der betreffenden Verfügung des Gerichts bezw. der Strafvollstreckungsbehörde ausdrücklich anzugeben.

Was nun aber mit Personen zu geschehen hat, welche auf Grund des § 51 StGB. freigesprochen werden und sich nicht in Haft befinden, darüber besitzen wir, wenigstens soviel mir bekannt ist, keinerlei einschlägige Bestimmungen. Diese Personen werden freigesprochen, obwohl man, wie es mir wenigstens ging, zuweilen das Bedürfnis empfand und dem auch Ausdruck gab, daß hier ein Fall von gemeingefährlicher Geisteskrankheit vorlag. Diese Kranken gehen zurück in ihre Familien, in ihre Wohnung, in ihre Umgebung, und erst ein erneuter Fall von Konflikt mit dem Strafgesetzbuch gibt der Polizei die Möglichkeit, sie zu verhaften und nunmehr aus dem Polizeigewahrsam in die öffentliche Anstalt zu bringen.

Während die Verfügung der Minister der Medizinalangelegenheiten und des Innern vom 15. Juni 1904 Geisteskranke, die auf Grund des § 51 StGB. freigesprochen oder auf Grund des § 203 StPO. außer Verfolgung gesetzt sind, und geisteskranke Verbrecher, bei denen der Strafvollzug ausgesetzt ist, als der Einweisung bedürftig bezeichnet, schließt der Erlaß der Minister der Medizinalangelegenheiten und des Innern vom 16. Dezember 1901, in welchem die Mitwirkung der Staatsanwaltschaft in das Entlassungsverfahren eingeschaltet wird, naturgemäß die auf Grund des § 51 StGB. Freigesprochenen aus.

Es bleibt also hier dabei, daß die Polizeibehörde ihre Einwendungen zu machen hat. Wenn diese Einwendungen aber auch gemacht werden, so liegt doch die Möglichkeit vor — ich glaube, gleiche Fälle, die sich zumteil kurz nach der Freisprechung ereignet haben, kennen Sie alle —, daß der Betreffende nichtsdestoweniger entlassen wird. Allerdings würde die Verantwortung in diesem Falle, so viel mir bekannt ist, auf den Landeshauptmann übergehen, mit dessen Zustimmung eine solche Entlassung vielleicht doch durchgesetzt werden könnte. Ich kenne auch einen Fall, in welchem der wegen Geisteskrankheit aus dem Strafvollzug

Entlassene, bei dem überdies ein noch schwebendes Strafverfahren gemäß § 203 StPO. vorläufig eingestellt war, beurlaubt und entlassen wurde, ohne daß die Polizeibehörde überhaupt gefragt worden ist. Solche Vorkommnisse sind bedauerlich und sicherlich nicht zweckentsprechend, denn sie rauben uns — wenn Sie mir den Ausdruck gestatten — den Kredit bei den Strafvollzugsbehörden und bei den Gerichten. Denn diese halten uns nicht mit Unrecht vor, daß eine Freisprechung auf Grund des § 51 StGB. für den betreffenden Angeklagten weiter keine Folgen nach sich ziehe, als eine vielleicht kurze Zeit in der Anstalt zu verweilen und dann entlassen zu werden, während die Respektierung der öffentlichen Sicherheit durch ihn in keiner Weise gewährleistet sei.

Für nicht völlig einwandfrei halte ich übrigens auch die Bestimmung in dem Erlaß der Minister der Medizinalangelegenheiten und des Innern vom 15. Juni 1901 hinsichtlich der Innehaltung der Frist von drei Wochen. Wird die Frist nicht innegehalten, so ist die Anstalt berechtigt, den Betreffenden zu entlassen. Ich verkenne nicht, daß das vollkommen in der Ordnung ist, aber wenn nun einmal die Verfügung der Polizei, welche Einspruch erhebt, einen Posttag zu spät kommt, nachdem die Entlassung erfolgt ist, so erzeugt das Mißstimmung.

Sodann möchte ich noch etwas erwähnen, das ist die persönliche Verantwortlichkeit des ärztlichen Sachverständigen, der in seinem Gutachten erklärt, der Betreffende sei gemeingefährlich. In Anbetracht der nicht präzisen Definition, welche der Begriff der gemeingefährlichen Geisteskrankheit leider haben muß, wird die Verantwortlichkeit des Sachverständigen eine sehr große, um so größer, als ja doch die Einweisung und Verwahrung in der Irrenanstalt eine nicht für eine bestimmte Zeit erfolgende, sondern eine mit zumeist unbeschränkter Dauer geschehende sein muß. Gleichwohl wird der gewissenhafte Sachverständige sich dieser Verantwortlichkeit nicht entziehen wollen.

Anders aber ist es, wenn dem Gerichtsarzt, wie es mir in einer Reihe von Fällen passiert ist, die Polizeiakten eines in der Irrenanstalt verwahrten gemeingefährlichen Geisteskranken zugeschickt werden, mit dem Ersuchen um eine Äußerung, ob der Betreffende denn, wie der Irrenanstaltsleiter es angäbe, tatsächlich nunmehr nicht mehr gemeingefährlich sei und deshalb entlassen werden könne. Ich kenne die Betreffenden, deren Namen ich in meinen Akten bezeichnet finde, je länger ich in meinem jetzigen Wirkungskreise bin, um so eher, aber ich kann natürlich nicht annähernd angeben, wie denn ihr momentaner Zustand ist, wie das Milieu ist, in das sie hineinkommen, nachdem sie aus der Anstalt entlassen werden, wie sie sich zur Frage der Alkohol-Abstinenz zu verhalten gedenken u. v. a. m., und doch wären diese Gesichtspunkte für die Beurteilung des Entlassungsgesuches des betreffenden Kranken von großer Bedeutung.

Abänderungsvorschläge.

Aus allen diesen Gründen erlauben wir uns Ihnen folgende Thesen zur Annahme zu unterbreiten:

These II.

Die Einweisung von Personen, bei welchen auf Grund des § 203 StPO. das Verfahren eingestellt ist, oder die auf Grund des § 51 StGB. freigesprochen sind, sowie auch solcher, bei denen das Hauptverfahren wegen Geisteskrankheit gemäß §§ 196, 202 StPO. gar nicht eröffnet ist, sondern die außer Verfolgung gesetzt wurden, in öffentliche Irrenanstalten bedarf gesetzlicher Regelung.

These III.

Das die Einstellung oder Freisprechung anordnende Gericht hat unter Zuziehung des ärztlichen Sachverständigen in jedem Falle zu prüfen, ob eine Einweisung stattzufinden hat.

Wir wünschen insbesondere, daß nicht mehr Verordnungen bestehen, wo Gesetze gebieten sollten, und wir glauben, daß der gegenwärtige Zeitpunkt geeignet dazu ist, um einem diesbezüglichen Wunsch von uns, der auch von vielen anderen Fachgenossen geteilt wird, Erfüllung zu verschaffen. Durch die Zeitungen geht die Nachricht, daß der Entwurf der Strafprozeßordnung in kurzer Zeit dem Bundesrat zugehen werde, und da heißt es für uns, mit unseren Wünschen nicht zurückhalten, sondern sie denen, die es angeht, in angemessener Weise vortragen.

Wir wünschen also — und das ist die Quintessenz dessen, was wir uns erlaubten eben vorzuschlagen —, daß der ärztliche Sachverständige z. B. nach wie vor über die Frage der Gemeingefährlichkeit gehört werde, daß aber das Gericht, welches einstellt oder freispricht, sei es nun Schöffengericht, Beschlußkammer, Strafkammer oder Schwurgericht, unter Prüfung der Frage der Täterschaft beschließt, daß der Betreffende in die Anstalt einzuweisen sei, weil er gemeingefährlich ist. Es erhebt sich die weitere Frage, ob gemeingefährliche Geisteskranke, welche keinen Verstoß gegen das Strafgesetzbuch sich haben zuschulden kommen lassen, in ähnlicher Weise zu behandeln sind. Ich zweifle nicht daran, daß eine derartige Notwendigkeit nicht vorliegt, sondern daß in diesem Falle das Entmündigungsverfahren, welches eventuell seitens der Staatsanwaltschaft betrieben werden müßte, ausreichende Garantien dafür gibt, daß die Einweisung eines gemeingefährlichen, nicht kriminellen Geisteskranken zurecht besteht.

Selbstverständlich kann es in dem Einweisungsbeschluß des Gerichts nicht ausgesprochen werden, wie lange der Betreffende denn zu verwahren ist.

Vorschläge, wie sie z. B. von *E. Meyer* gemacht sind, wonach die Dauer der Einweisung in eine Trinkerheilanstalt resp. bei Gelegenheitstrinkern in eine Erziehungs- und Arbeitsanstalt zum mindesten derjenigen Strafe entsprechen sollte, die bei voller Zurechnungsfähigkeit voraussichtlich in Kraft getreten wäre, sind vielleicht bei Trinkern diskutabel, sie schematisieren aber zu sehr und sind auf die Verhältnisse derjenigen Geisteskranken, welche nicht Trinker sind, nicht anwendbar.

Wir erlauben uns, Ihnen deshalb folgende These IV vorzuschlagen:

Eine Zeitdauer der Einweisung und Verwahrung ist nicht auszusprechen.

Eine Kontrolle über die Notwendigkeit der Weiterverwahrung in der Anstalt wird sich ohne weiteres aus den Entlassungsanträgen des betreffenden für gemeingefährlich geisteskrank erklärten Menschen ergeben.

Denn daß diese Anträge gestellt werden, das ist wohl in jedem Falle mit Sicherheit anzunehmen. Es fragt sich nur, welcher Instanz soll man, wenn wir Ärzte doch als allein verantwortliche Instanz ausscheiden wollen, die Verantwortlichkeit für die Aufhebung des die Gemeingefährlichkeit aussprechenden Beschlusses zuweisen.

Ich glaube, daß es sich am zweckmäßigsten erweist, wenn das Vormundschaftsgericht in denjenigen Fällen, in welchen eine Entmündigung noch nicht statthatte, die Beurteilung der Notwendigkeit einer weiteren Verwahrung bzw. der Zulässigkeit einer Entlassung ausspricht.

Aus diesem Grunde rechtfertigt sich These V:

Es bedarf jedesmal eines Gerichtsbeschlusses, daß Gemeingefährlichkeit nicht mehr vorliegt.

Derartige Entlassungsanträge des Kranken würden ja ohne weiteres durch die Hand des Anstaltsleiters gehen, sie würden von diesem befürwortet oder nicht befürwortet werden. Im letzteren Falle würden sie gar nicht aus der Anstalt herausgehen, und nur im ersteren Falle würden sie an das Vormundschaftsgericht gelangen.

Auf jeden Fall muß natürlich überhaupt eine Beschwerdeinstanz vorhanden sein, und zwar sowohl hinsichtlich des die Einweisung aussprechenden oder ablehnenden Beschlusses, als auch bei Anträgen des Kranken auf Entlassung. Bei beiden Anträgen muß die Staatsanwaltschaft gehört werden. Würde das Schöffengericht oder das Vormundschaftsgericht die Einweisung bzw. Entlassung ablehnen, so müßte das Landgericht als Beschwerdeinstanz die definitive Entscheidung treffen.

Lehnen Land- oder Schwurgericht den Einweisungsantrag ab, dann muß das Oberlandesgericht als Beschwerdeinstanz eintreten.

Unter Berücksichtigung dieser Verhältnisse erlauben wir uns, These VI zu unterbreiten:

Bei jeder Entscheidung des erkennenden Gerichts, daß Gemeingefährlichkeit vorliegt bzw. nicht vorliegt, ist eine Beschwerde an eine höhere Instanz zulässig.

Wir erachten es aber für notwendig, daß diese höhere Instanz informiert werde durch eine Sachverständigenkommission, etwa die ärztliche Besuchskommission, welche auf Grund persönlicher Eindrücke und persönlicher Untersuchung des Verwahrten ihr Gutachten abgibt.

Weniger Worte bedarf es noch, um festzustellen, unter welchen Umständen denn von ärztlicher Seite die Entlassung eines Gemeingefährlichen befürwortet werden darf.

Das kann einmal eintreten, wenn die Heilung der in dem fraglichen Falle vorliegenden Geisteskrankheit erfolgt.

Ferner ist in jedem Falle, mag nun Heilung oder Besserung vorliegen, notwendig, daß Kautelen im Sinne einer Fürsorge für den zu Entlassenden vorhanden sind.

Von den lokalen Verhältnissen wird es abhängig sein, ob diese Fürsorge in Gestalt von verständigen Familienangehörigen oder von Fürsorgevereinen, von Abstinenzvereinen u. dgl. m. an den zu Entlassenden herantritt. Weiter muß die Gewähr bestehen, daß nach der Entlassung zum mindesten für die nächste Zeit eine Beaufsichtigung des Entlassenen durch den zuständigen Medizinalbeamten erfolgt. Es bedarf wohl nur eines Hinweises darauf, daß gerade diese Kautelen, die wir fordern, von enormer Bedeutung für das Gelingen des Entlassungsversuches sind.

Und es erscheint notwendig, daß, wie ich bereits anführte, der Anstaltsleiter, der ein derartiges Gesuch befürwortet, in jedem Falle irgendwelche Garantien besitzt, daß derartige Fürsorgeeinrichtungen für den Betreffenden bestehen.

Wir möchten dieses Thema nicht verlassen, ohne nicht noch einmal einem Wunsche Ausdruck gegeben zu haben, der uns allen sehr am Herzen liegt, und das ist die Möglichkeit einer Anrechnung der in einer Irrenanstalt verbrachten Zeit in die Zeit der erkannten Strafe bei denjenigen Personen, welche während der Strafverbüßung geistig erkrankt sind.

Eine Anrechnung der Erkrankungszeit auf die Strafdauer in allen Fällen glauben wir aus denselben Gründen, die *Moeli* in der letzten Ausgabe von *Aschaffenburgs* Zeitschrift anführt, nicht befürworten zu sollen. Eine Analogie der Unfallhysterie mit einer bei obligatorischer Anrechnung zu erwartenden Gefängnishysterie erscheint auch uns nicht allzuweit vom Wege liegend.

Herr *Stoltenhoff* hat bereits hierauf hingewiesen, und auch ich kann mich dem nur anschließen. Wir erlauben uns deshalb, These VII zu unterbreiten:

These VII.

Geisteskrank gewordenen Verbrechern kann die in Irrenanstalten verbrachte Zeit auf die Strafzeit angerechnet werden.

Die Art der Anstaltsverwahrung.

Nunmehr aber erhebt sich die Frage, welcher Art die Anstalten sein sollen, in welchen gemeingefährliche Personen verwahrt werden.

Zunächst kann es hierbei keinem Zweifel unterliegen, daß jede Irrenanstalt Mittel besitzen muß und auch besitzt, um gemeingefährliche Personen, welche nicht kriminell sind, zu verwahren. Diese Personen gehören in die Irrenanstalt.

Seitens der Anstaltsärzte wird immer wieder wohl mit Recht betont, daß das Niveau der Anstalt durch die vielen in den Anstalten befindlichen gemeingefährlichen Verbrecher heruntergedrückt werde, und daß es sich aus diesem Grunde empfiehlt, besondere Irrenanstalten für gemeingefährliche Geisteskranke zu errichten.

*Aschaffenburg* führt an, daß man drei verschiedene Vorschläge unterscheiden könne, die auch in der Praxis ihre Verwirklichung gefunden hätten.

1. Kriminale Irrenanstalten.
2. Adnexe an Strafanstalten.
3. Unterbringung in den gewöhnlichen Irrenanstalten.

Die Adnexe an Strafanstalten hält er für geeignet zur Beobachtung suspekter Fälle. Am zweckentsprechendsten hält er die Verwahrung in den gewöhnlichen Irrenanstalten, meint aber, daß für größere Irrenanstalten wohl besondere Adnexe (feste Häuser u. dgl.) notwendig seien.

Die Einrichtung von selbständigen kriminellen Irrenanstalten hält er für ungeeignet.

Gewiß ist der Widerstand der Leiter der öffentlichen Anstalten ein berechtigter, aber man wird doch auch schließlich mit den Verhältnissen rechnen müssen.

Und da ergibt sich nun, daß es wohl außerordentlich schwer sein wird, Geisteskranke, welche sich in einem Strafanstaltsadnex befinden, in gehöriger Weise zu behandeln und zu beeinflussen. Immerhin wird es namentlich bei einer kleineren Anzahl der Insassen gelingen. Es wird sich daraus die Notwendigkeit ergeben, einen Teil der gemeingefährlichen Kranken in die Provinzialanstalten abzugeben.

Insbesondere die Fälle, bei denen sich ein Versuch der Entlassung in absehbarer Zeit empfiehlt. Man darf doch nicht vergessen, daß die Vorbereitung eines Individuums für die Freiheit mit allen ihren Rechten und Pflichten nur höchst unzweckmäßiger Weise in dem Adnex einer Strafanstalt erfolgen könnte. Sodann daß gerade Verbringung in eine Provinzialanstalt für den Insassen eines Zuchthausadnexes vom psychiatrischen Standpunkt aus einen Reiz darstellt, welcher sein Verhalten in vielen Fällen in der Anstalt bestimmen dürfte. Würde sich andererseits in einer Provinzialanstalt ein krimineller Geisteskranker unzweckmäßig aufführen, so würde sicher die Aussicht für ihn, in einen Strafanstalts-

adnex zurückgebracht zu werden, hemmend auf ihn einwirken können und ihn von der Fortführung disziplinarwidrigen Benehmens abzuhalten geeignet sein.

Ich befürworte also ein gemischtes System, welches sowohl Strafanstaltsadnexe als auch die ordentlichen Irrenanstalten bei der Verwahrung gemeingefährlicher Geisteskranker berücksichtigt.

In jedem Falle muß aber prinzipiell zunächst die Einweisung in einen Strafanstaltsadnex erfolgen.

Daß gemeingefährliche Trinker, bei denen die Heilung nicht ausgeschlossen ist, in Trinkerheilanstalten verwahrt werden, nachdem auch sie zunächst in die Strafanstaltsadnexe eingeliefert sind, scheint mir selbstverständlich.

Hierbei erachte ich es auch für notwendig, wieder einmal darauf hinzuweisen, daß wir gerade in Anbetracht der Trinkerheilanstalten bei uns in Deutschland eigentlich noch in den Kinderschuhen stecken, und daß es notwendig ist, solche Trinkerheilanstalten anzulegen. Die Irrenanstalten würden dadurch eine erhebliche Entlastung erfahren.

Wir schlagen deshalb These VIII vor.

Grundsätzlich ist die Forderung aufzustellen, daß der Staat die Sorge für die gemeingefährlich erklärten kriminellen Geisteskranken übernimmt und dieselben zunächst in besonderen Anstalten unterbringt; in geeigneten Fällen empfiehlt sich aber die spätere Unterbringung in einer ordentlichen Irrenanstalt (Provinzialanstalt u. dgl.), zumal wenn eine Entlassung des Betreffenden in Frage kommen soll.

Indem wir Sie, meine Herren, um Annahme dieser Thesen bitten, sind wir uns dessen bewußt, daß die Abänderungsvorschläge einer Forderung nach einer wesentlichen Ergänzung jetzt gültiger Gesetze entsprechen. Freisprechung wegen Geisteskrankheit erfordert ein Korrelat: die Behandlung des Freigesprochenen in allen irgendwie wichtigen Fällen. Dazu, daß eine solche Behandlung eintrete, und daß der Eintritt der Behandlung auch wirklich gewährleistet sei, sollen unsere Vorschläge einen Beitrag bilden.

Diskussion:

*Steinert* schlägt vor, die ärztliche und Verwaltungsfrage zu trennen und die Thesen zu reduzieren auf die wichtigsten Unterlagen, d. h.

1. Motive der Gemeingefährlichkeit (antisozial — Selbstbeschädigung);
2. auf den Anspruch, daß dem geisteskranken Verbrecher sein Anstaltsaufenthalt auf die Strafhaft angerechnet werden muß.

*Meyer* befürwortet die Annahme der Thesen und ist der Ansicht, daß doch vom ärztlichen Standpunkte aus Verwaltungs- resp. gesetzliche

Maßregeln vorgeschlagen werden können, ja müssen, da sonst den ärztlichen Wünschen noch weniger Rechnung getragen wird. Ob die These VIII in Preußen erreichbar, ist sehr zweifelhaft.

*Siemens* wünscht den Begriff der Gemeingefährlichkeit in These I nicht besonders zu definieren. In These III soll ein psychiatrischer Sachverständiger verlangt werden. Ein Entmündigungsantrag könne nicht durch Gemeingefährlichkeit begründet werden, es müsse sich immer um die Geschäftsunfähigkeit des Betreffenden handeln. Geisteskrank gewordenen Verbrechern solle stets die in Irrenanstalten verbrachte Zeit auf die Strafzeit angerechnet werden, es genüge nicht, daß nur die Möglichkeit für einzelne Fälle im Gesetz vorgesehen werde. In Preußen sei infolge der den Provinzen durch die Dotationsgesetze vom 30. April 1873 und vom 8. Juli 1875 erwachsenen Pflichten nicht damit zu rechnen, daß der Staat die Fürsorge für die verbrecherischen Geisteskranken in staatlichen Anstalten übernehme.

*Meyer*: Die hier gemeinten Gemeingefährlichen sind auch nicht imstande, ihre Angelegenheiten selbst zu besorgen, und deshalb geeignet für die Entmündigung. *M.* unterstützt die vorgeschlagene Fassung der These VII und verweist auf die unlängst erfolgten Äußerungen *Moels* in dieser Frage (Monatsschrift für Kriminalpsychologie), daß die unbedingte Anrechnung jeder Anstaltsbehandlung keineswegs für alle Kranke ausnahmlos ein Vorteil sei.

*Seemann* schlägt zu These V vor, statt Gerichtsbeschluß zu setzen: Beschluß der zuständigen Behörde (Polizeibehörde). Er wünscht, daß die heute anzunehmenden Thesen nicht nur dem Justizminister, sondern auch den beiden anderen in Betracht kommenden Ministerien (M. des Innern, M. der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten) unterbreitet werden.

*Meyer* erinnert an die Vorschläge, die in bezug auf die verminderte Zurechnungsfähigkeit von der J. K. V. gemacht sind, wo auch ein dem Entmündigungsverfahren analoges Verfahren für die Verwahrung ins Auge gefaßt war. Dadurch soll gerade verhindert werden, daß der Polizei alle diesbezüglichen Maßregeln überlassen bleiben, wie es ja auch die Thesen anstreben.

*Puppe* will gerade die Polizei als einweisende Behörde ausgeschaltet wissen, weil sich das bisherige Verfahren nicht bewährt hat, und wünscht ein richterliches Urteil.

Nach weiteren Bemerkungen von *Deutsch*, *Luther*, *Birnbacher*, *von Seydlitz* zu den Thesen wird die Diskussion geschlossen.

Die Thesen werden hierauf in folgender Fassung angenommen:

I.

Gemeingefährlichkeit kann nur unter Berücksichtigung aller Einzelheiten des Falles als vorliegend anerkannt werden. Eine für alle Fälle passende Definition zu liefern ist unmöglich.

II.

Die Einweisung von Personen, bei welchen auf Grund des § 203 StPO. das Verfahren eingestellt ist, oder die auf Grund des § 51 StGB. freigesprochen sind, sowie auch solcher, bei denen das Hauptverfahren wegen Geisteskrankheit gemäß § 196, 202 StPO. garnicht eröffnet ist, sondern die außer Verfolgung gesetzt wurden, in öffentliche Irrenanstalten bedarf unter gleichzeitiger Prüfung der Tatfrage gesetzlicher Regelung.

III.

Das die Einstellung oder Freisprechung anordnende Gericht hat unter Zuziehung des psychiatrisch vorgebildeten Sachverständigen in jedem Falle zu prüfen, ob eine Einweisung stattzufinden hat.

IV.

Eine Zeitdauer der Einweisung und Verwahrung ist nicht auszusprechen.

V.

Es bedarf jedesmal eines Gerichtsbeschlusses, daß Gemeingefährlichkeit nicht mehr vorliegt.•

VI.

Bei jeder Entscheidung des erkennenden Gerichts, daß Gemeingefährlichkeit vorliegt, bzw. nicht, bzw. nicht mehr vorliegt, ist eine Beschwerde an eine höhere Instanz zulässig.

VII.

Geisteskrank gewordenen Verbrechern kann die in Irrenanstalten verbrachte Zeit auf die Strafzeit angerechnet werden.

VIII.

Grundsätzlich ist die Forderung aufzustellen, daß der Staat die Sorge für die gemeingefährlich erklärten kriminellen Geisteskranken übernimmt und dieselben zunächst in besonderen Anstalten unterbringt; in geeigneten Fällen empfiehlt sich aber die spätere Unterbringung in einer ordentlichen Irrenanstalt (Provinzialanstalt u. dgl.), zumal wenn eine Entlassung des Betreffenden in Frage kommen soll. —

Es wurde beschlossen, unter Übersendung der Thesen den in Frage kommenden staatlichen Ministerialbehörden von dieser Beschlußfassung Kenntnis zu geben.

*Tomaschny*-Treptow: „Der Kopfschmerz bei der Dementia praecox.“ — T. führt aus, daß der Kopfschmerz ein sehr häufiges Symptom nicht nur im Beginn, sondern auch im Verlauf der Dementia praecox sei. Unter Vorführung von Krankengeschichten wird das Verhalten des Kopfschmerzes näher geschildert, welches im wesentlichen ein remittierendes und exazerbierendes ist. Der Kopfschmerz kommt und geht mit den katatonischen Erregungszuständen. Auch die

Tatsache des Kopfschmerzes kann dahin verwertet werden, daß die Dementia praecox ein auf einer Selbstvergiftung beruhender Krankheitsprozeß ist.

*Wallenberg*-Danzig: „Die Bedeutung der Haubenkommissur der Flocculi." Der Vortragende hat anläßlich seiner Versuche, den frontalen sensiblen Trigeminuskern zu zerstören, ein Komissurenbündel zwischen den Flocculi zur Degeneration gebracht, das den gleichen Verlauf (hufeisenförmiger, spinalwärts offener Bogen) besitzt, wie das von *von Bechterew* entdeckte „ventrale Bindearmbündel", welches *v. B.* als Kommissur der von ihm beschriebenen Vestibulariskerne ansah. Ob das Bündel in dem zentralen Kerne des Flocculus oder in dessen dorso-medialer Fortsetzung seinen Ursprung besitzt, muß dahingestellt werden, sicher aber ist seine Endigung in der gekreuzten Flockenrinde. Durch die Dicke seiner Fasern und frühzeitige Markreifung ist es als ontogenetisch altes System charakterisiert, und da ein gleiches Bündel auch bei niederen Vertebraten (anatomisch bei Vögeln und Teleostiern, degenerativ bei Selachiern) vom Vortragenden beobachtet werden konnte, muß es auch phylogenetisch als eine der ältesten Faserungen des Hirnstammes bezeichnet werden. Die Flocculi, die durch dieses Kommissurenbündel verbunden werden, sind wie die homologen Kleinhirnteile bei niederen Vertebraten ebenfalls ein phylogenetisch alter Besitz. Die von *Bolk* nachgewiesenen Beziehungen der verschiedenen Kleinhirnabschnitte zu den einzelnen Muskelprovinzen des Körpers treffen für die Flocculi anscheinend nicht zu. Diese besitzen vielmehr enge Verbindungen mit den Endstätten beider Wurzeln des Nervus octavus, bei Säugern speziell auch mit dem Nucleus ventralis cochlearis (*Cramer*). Es läßt sich bei Katzen ein ganz allmählicher Übergang der Körnerschicht der Flocculusrinde in den Nucleus ventralis acusticus darstellen. Die Commissura flocculi tegmentalis verbindet also bei Säugern Kleinhirnteile, die, wie bei niedersten Vertebraten, als übergeordnete Zentren des gemeinsamen Nervus octavus gelten können und gleichzeitig durch Eindrücke vom Vestibularis und Cochlearis erregt werden. Die Frage nach der Natur dieser gemeinsamen, gewissermaßen undifferenzierten Octavuserregungen ist noch nicht geklärt.

Die Vorträge von *Lauschner*-Treptow (Beitrag zu einer Pflegerfrage) und *Mercklin* (Paranoiafragen) mußten wegen vorgerückter Zeit ausfallen. *Tomaschny.*

# Kleinere Mitteilungen.

Am 3. und 4. Oktober findet die 2. Jahresversammlung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte in Heidelberg statt. Als Verhandlungsgegenstände sind angesetzt: 1. Die Stellung der Neurologie in der Wissenschaft und Forschung, in der Praxis und im medizinischen Unterricht (Ref.: *H. Oppenheim*); 2. Die Diagnose der Syphilis bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems (Ref.: *W. Erb, M. Nonne, A. Waßermann*).

Entlarvung einer Simulantin. — Ob Simulation von Geistesstörung häufig ist, wird verschieden angegeben. Nach den Erfahrungen des Verfassers ist sie nicht nur häufig, sondern im Zunehmen begriffen insbesondere bei rückfälligen und solchen Rechtsbrechern, die schon einmal wegen Feststellung ihres Geisteszustandes in einer Irrenanstalt beobachtet worden waren. Nun ist es in solchen Fällen doch auch schon vorgekommen, daß nachträglich festgestellt worden ist: trotz des positiven Ausfalls der sechswöchentlichen Beobachtung lag doch Simulation vor. Und andrerseits ist das Ergebnis der Beobachtung zur Feststellung eines früheren Geisteszustandes nach Verfassers Wahrnehmungen in der Regel negativ; das Gutachten stützt sich gewöhnlich dann nur auf die früheren Zeugenaussagen, die in der Verhandlung oft von andrer Seite neue, wichtige Ergänzungen erfahren und andere Auffassung bedingen.

Freisprechung von Simulanten und später Verurteilung wegen Rückfalls dürften noch immer Interesse beanspruchen, namentlich dann, wenn die Entlarvung ungewöhnlich ist. Bekanntlich ist mitunter die Erkennung einer Paranoia einem gelegentlichen Zufalle zu danken. Vor längerer Zeit einmal war ein Fall bekannt gegeben, in dem ein schwerer Verbrecher erst kurz vor Ablauf der sechs Wochen durch eine Äußerung einem Wärter gegenüber eine fixe Wahnvorstellung verriet, so daß er noch rechtzeitig als geisteskrank begutachtet werden konnte. Am häufigsten sah Verfasser, daß Gefangene Stimmen hören, drohende Personen sehen wollten, oder daß sie Stummheit, Unreinlichkeit, gänzliche Amnesie zeigten. Mitunter war direkt nachweisbar, daß sie anderweitig von solchen Symptomen Kenntnis erlangt und diese deshalb

simulieren wollten, um aus dem zunächst in Aussicht zu nehmenden städtischen Krankenhaus, ev. später der Irrenanstalt flüchten zu können.

Der nachfolgende Fall betrifft eine ca. 30jährige Frau, die schon als Mädchen wegen Diebstahls, später wiederholt, u. a. wegen Kuppelei, bestraft worden war. Wegen Diebstahls einer Uhr, die auf ihrem bloßen Körper gefunden wurde, von neuem verhaftet, wurde sie vom Schöffengericht (1906) freigesprochen, weil zwei beamtete Ärzte angaben, sie sei mit Krämpfen, Sinnestäuschungen behaftet, und weil sie auch im Termin vernehmungsunfähig erschien. Dasselbe Bild zeigte sie anfangs in der Irrenanstalt, von wo sie nach vier Wochen als gebessert — ruhig und anscheinend vernünftig — dem Manne zurückgegeben wurde. Nachdem sie sich in Berlin usw. aufgehalten hatte, wegen Diebstahls von neuem eingesperrt, zeigte sie in der Gefängnisanstalt ca. drei Wochen lang, abgesehen von Krämpfen, ein so verwirrtes Verhalten, daß sie Aufseherinnen, Inspektor, Gefängnisarzt, Staatsanwalt für entschieden geisteskrank hielten. Meist stumm, dann wieder hochgradig ernst, erzählte sie von der „schwarzen Frau", die gesagt hat: „Ich heiße Hynose", die sie erschießen und erstechen wollte, von den Zurufen durch das Fenster, zerschlug Scheiben, bemalte die Wände und schrieb das tollste Zeug durcheinander. Kurz vor dem Haupttermine las Verfasser ihr ein von ihr niedergeschriebenes Grabeslied vor und bemerkte ihr mit teilnehmender Stimme, jedoch unter Durchblicken, daß er sie nicht ernst nähme: „das Lied ist so schön, so rührend. Wollten Sie nicht so gut sein, es zu einer Leier zu singen?" Die Aufseherin fing an zu lachen; die Gefangene dito. Und nun erklärte ich ihr, daß wir uns hier nicht so was vormachen ließen wie die Br., und daß sie die Komödie nun endlich aufgeben sollte. Von dem Augenblicke an war sie verständig, versprach in der Hauptverhandlung sich richtig auszulassen und hat ihr Versprechen gehalten. Der Staatsanwalt hatte zwei Jahre beantragt; die Strafkammer verurteilte sie, zu ihrer großen Befriedigung, nur zu sechs Monaten. Sie hat dann sofort um Arbeit gebeten und wird sich voraussichtlich keine Unbotmäßigkeiten mehr zu schulden kommen lassen.

Dr. *Herm. Kornfeld.*

---

Nekrolog *Hubert Ulrich.* — Am 13. Juli d. J. verstarb in Wiesbaden der Geheime Sanitätsrat Dr. *Hubert Ulrich* aus Eberswalde. Mit ihm ist ein Kollege aus dem Leben geschieden, der über 33 Jahre als Irrenarzt tätig gewesen war und durch seine langjährige Wirksamkeit an der Landesirrenanstalt Eberswalde an der Entwicklung dieser Anstalt und an der Ausgestaltung des gesamten Irrenwesens der Provinz Brandenburg einen hervorragenden Anteil gehabt hat.

Am 17. Oktober 1832 zu Ückermünde geboren, bezog er im Jahre 1850 die Universität, studierte erst ein Jahr Jurisprudenz und

ging dann zum Studium der Medizin über. Nachdem er im Januar 1856 promoviert und im Juni 1856 die Approbation als Arzt erlangt hatte, übte er in Ückermünde und Stepenitz einige Jahre ärztliche Praxis aus und wurde im Juli 1864 als Hilfsarzt der ostpreußischen Provinzial-Irrenanstalt zu Allenberg angestellt. Bei Eröffnung der neuerbauten, damals kurmärkischen Landesirrenanstalt Eberswalde im Jahre 1865 trat er an dieser Anstalt als erster Assistenzarzt ein, wurde im Juli 1868 „zweiter Arzt" und im Oktober 1869 Oberarzt und Stellvertreter des Direktors und Chefarztes. In dieser Stellung blieb er bis zu seiner am 1. November 1897 erfolgten Versetzung in den Ruhestand, trotzdem er wiederholt Gelegenheit gehabt hätte, sowohl in der Provinz Brandenburg als auch in anderen preußischen Provinzen Direktor einer Irrenanstalt zu werden. Im Jahre 1880 erhielt er den Titel Sanitätsrat und im Jahre 1890 den eines Geheimen Sanitätsrats. Bei seinem Übertritt in den Ruhestand wurde ihm der rote Adlerorden 4. Klasse verliehen.

Von scharfem kritischen Verstand war er für den Beruf als Irrenarzt ganz besonders geeignet, um so mehr, als bei ihm in hohem Maße jene Herzensgüte vorhanden war, die zur Ausübung jeder ärztlichen Tätigkeit erforderlich ist. Er liebte es nicht, seine Person in den Vordergrund zu drängen oder sonst öffentlich hervorzutreten. Infolgedessen war er dem größeren Kreis der Kollegen wenig bekannt, zumal er auch, abgesehen von den ersten Jahren seiner irrenärztlichen Tätigkeit, keine wissenschaftlichen Arbeiten veröffentlicht hat. Seine ganze Kraft widmete er dem eigentlichen Anstaltsdienst, der mit zunehmender Ausdehnung der Eberswalder Anstalt sich immer umfangreicher gestaltete. In manchen Jahren ist ihm der Dienst recht schwer gefallen, da er durch Kränklichkeit vielfach beeinträchtigt war. Allein selbst unter diesen erschwerenden Umständen hat er sich in keiner Weise geschont und dadurch dem gesamten Personal, insbesondere den jüngeren Kollegen, ein leuchtendes Vorbild der treusten Pflichterfüllung gegeben. Auch in andrer Weise hat er auf die jungen Kollegen Einfluß gehabt; er verlangte für alle Verordnungen oder Maßnahmen eingehende Begründung, und wenn die jungen Kollegen im Drang ihrer Jugend und im Gefühl ihrer bis dahin noch theoretischen Ausbildung schnell fertig waren mit ihren Ansichten, Worten und Handlungen, dann erfolgte die Mahnung, daß er zu seiner Entscheidung die Angelegenheit erst reiflich nach allen Seiten überlegen werde. Manche Kollegen, die allerdings Verständnis für seine Eigenart besaßen, haben nach Jahren selbst zugegeben, daß sie durch *Ulrichs* Art für ihr ganzes ärztliches Handeln einen bleibenden Nutzen gewonnen hätten, und daß sie ihm später dankbar gewesen seien, wenn er ihnen auch früher umständlich und mitunter selbst nörgelnd erschienen sei. Zu einzelnen von den jüngeren Kollegen ist er in ein

freundschaftliches Verhältnis getreten und war ihnen Zeit seines Lebens ein treuer, ehrlicher Freund.

Seit dem Jahre 1872 stand er in Eberswalde in gemeinsamer Arbeit mit unserem verstorbenen Altmeister Geheimrat *Zinn*. Während dieser Zeit entwickelte sich zwischen beiden, so verschieden geartet sie waren, ein dauerndes Freundschaftsverhältnis, das sich auch auf die Familien übertragen hat. Die vortrefflichen Eigenschaften erkannte und schätzte *Zinn*, in vollem Umfang; sie haben es ihm ermöglicht, während er Mitglied des Reichstags war, an den parlamentarischen Arbeiten in ausgedehnter Weise sich zu beteiligen. In diesen Zeiten hat *Ulrich* stets die Anstalt geleitet ganz im Geist und Sinn seines Freundes *Zinn*, und selbst bis auf Kleinigkeiten hat er dies Bestreben durchgeführt. Bei der gemeinsamen Tätigkeit hat er mit seinen Ansichten nicht zurückgehalten und sie auch zur Geltung gebracht. Keinerlei Änderung im Anstaltsbetrieb, kein Neubau ist zur Ausführung gekommen, ohne daß die Sache mit *Ulrich* eingehend besprochen und beraten worden wäre; und auch in späteren Jahren, als die Tätigkeit *Zinns* auf die gesamte Irrenpflege der Provinz Brandenburg sich erstreckte, hat er mitgearbeitet und ist sein Rat in vielen Angelegenheiten von Bedeutung und Einfluß gewesen. — Die Ehrungen, die *Ulrich* während seiner langjährigen Tätigkeit zuteil geworden, sind alle, namentlich die Verleihung des Titels Geheimer Sanitätsrat, auf ganz besonderes Betreiben *Zinns* erfolgt, da es diesem am Herzen lag, daß die Persönlichkeit seines treuen, von ihm hochgeschätzten Mitarbeiters die volle Anerkennung finde.

Nachdem *Ulrich* im Jahre 1897, zwar geistig noch völlig rüstig, jedoch körperlich durch die Last der Jahre veranlaßt, in den Ruhestand getreten war, was annähernd mit dem Tode seines Freundes *Zinn* zusammentraf, lebte er in Eberswalde, immer in Fühlung mit dem Direktor und den Ärzten und stets in voller Teilnahme für die Weiterentwicklung der Anstalt, der er sein ganzes Lebenswerk gewidmet hatte. Aber auch für unsere Wissenschaft hatte er noch reges Interesse und besuchte wiederholt die Sitzungen des psychiatrischen Vereins zu Berlin, den er mitbegründen half. Noch in diesem Jahre hat er einem Teil der Sitzungen der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie und am 13. Juni noch der Sitzung des Psychiatrischen Vereins zu Berlin beigewohnt.

Tiefe Schatten wurden auf seinen Lebensabend geworfen durch den im Jahre 1902 erfolgten Tod seiner Frau, mit der er in glücklicher Ehe gelebt hat. Sein Leben wurde dadurch — die Ehe war kinderlos geblieben — ganz vereinsamt, doch haben Verwandte und Freunde sich bestrebt, ihm die Vereinsamung nicht gar zu sehr fühlbar zu machen. Das Andenken seiner Frau glaubte er nicht besser ehren zu können, als daß er dem Brandenburgischen Hilfsverein

für Geisteskranke zu Eberswalde eine Stiftung von 2000 Mark machte, mit der Bestimmung, daß diese Summe als „Gertrud-Stiftung" gesondert verwaltet werde, und daß die Zinsen vom Jahre 1908 ab alljährlich am 10. Juni, dem Geburtstag seiner Frau, an einen aus der Eberswalder Landesirrenanstalt entlassenen hilfsbedürftigen Geisteskranken (männlichen oder weiblichen Geschlechts) oder auch an die bedürftige Familie eines noch in der Anstalt befindlichen Kranken überwiesen werden sollten. Der Name *Ulrich* wird durch diese Stiftung in der Geschichte der Eberswalder Anstalt für immer fortleben und Zeugnis ablegen für den Geist und die Gesinnung, die in ihrem langjährigen treuen Arzt gewaltet haben.

Bei einem Besuch bei seinem Bruder in Wiesbaden erkrankte er an einer Lungenentzündung und verstarb am 13. Juli. Seiner Bestimmung gemäß wurde die Leiche verbrannt und die Asche in der in Berlin befindlichen Grabstätte seiner Frau beigesetzt.

Ehre seinem Andenken!

*Gock.*

---

## *Personalnachrichten.*

Dr. *Willibald Liebert*, bisher in Neustadt, W.-Pr., ist zum Oberarzt der oberelsässischen Bezirksanstalt Rufach ernannt worden.

Dr. *Kurt Berliner* in Gießen,

Dr. *Bornstein* in Göttingen,

Dr. *Otto Ranke* in Heidelberg,

Dr. *Max Wassermeyer* in Kiel und

Dr. *Erwin Stransky* in Wien haben sich als Privatdozenten habilitiert.

Dr. Freiherr *Karl v. Blomberg*, Oberarzt in Dziekanka,

Dr. *Friedrich Buddeberg*, Dir. in Merzig,

Dr. *Eberhard Lantzius-Beninga*, Dir. in Weilmünster, und

Dr. *Joh. Longard*, Dir. Arzt des Fürst-Karl-Landesspitals in Sigmaringen, sind Sanitätsrat geworden.

Dr. *K. Aug. Hub. Ulrich*, Geh. San.-Rat in Eberswalde, ist am 13. Juli zu Wiesbaden im 76. Lebensjahre an Lungenentzündung gestorben.

---

## Grundzüge der Irrenpflege.

**Für Studierende und Ärzte** bearbeitet von **O. Snell.**
Preis Mark 2.—

## Leitfaden zum Unterricht in der Behandlung und Pflege der Geisteskranken.

Bearbeitet für das Pflegepersonal von **Max Tippel.**
Preis Mark 1.—

**VERLAG VON GEORG REIMER BERLIN W. 35.**

## Die Nervenheilanstalt Speichersdorf bei Königsberg i. Pr.

liegt in unmittelbarer Nähe der Stadt. **Die Einrichtungen für Bäder, Elektrotherapie etc. entsprechen den modernen Anforderungen.** Die Anstalt, inmitten schöner, alter Parkanlagen und mit elektrischer Beleuchtung, Zentralheizung etc. versehen, ist zur Aufnahme nervöser und gemütsleidender Patienten beiderlei Geschlechts eingerichtet. Mäßige Preise.

**Dr. Steinert,** Chefarzt.

## Kurhaus für Nerven- und Gemütskranke

von **Dr. Richard Fischer**
Neckargemünd bei Heidelberg.

Komfortabel eingerichtete Heilanstalt in schönster Lage des Neckartales, in unmittelbarer Nähe des Waldes, und ausgestattet nach allen Anforderungen der modernen Psychiatrie. — Gegründet 1898.

Prospekte frei durch die Direktion.

## Stemler Zwieback

Vorzügliche Kindernahrung
**leicht verdaulich • nahrhaft • haltbar**

Dosen M. 3.— u. 5.50

## GEORG REIMER VERLAG BERLIN W. 35.

### Die Literatur der Psychiatrie, Neurologie und Psychologie von 1459—1799.

Mit Unterstützung der Königl. Akademie der Wissenschaften zu Berlin herausgegeben von **Heinrich Laehr.**

Band I: Die Literatur von 1459—1699. — Band II (2 Hälften): Die Literatur von 1700—1799. Band III: Register der Bände I und II.

Preis des kompletten Werkes Mark 80.—

### Gedenktage der Psychiatrie und ihrer Hülfsdisziplinen in allen Ländern.

Von **Heinrich Laehr.**

Vierte vermehrte und umgearbeitete Auflage. Preis Mark 12.—

### Die Anstalten für psychisch Kranke in Deutschland, Deutsch-Österreich, der Schweiz und den Baltischen Ländern.

**Dr. Hans Laehr.**

Sechste Auflage. Preis Mark 5.—

## Institut für Zurückgebliebene

**E. Hasenfratz** in **Weinfelden** (Schweiz)

vorzüglich eingerichtet zur Erziehung **körperlich** und **geistig Zurückgebliebener**, sowie **nervöser**, überhaupt **schwer erziehbarer Knaben und Mädchen. Individuelle, heilpädagogische** Behandlung und entsprechender **Unterricht.** Herzliches Familienleben; auf je sechs Kinder eine **staatlich geprüfte Lehrkraft.**

**Sehr gesunde Lage.** **Erste Referenzen.**

**Bericht** über ☞ 15-jährige **Tätigkeit** und **Prospekt gratis.**

## Sanatorium Buchheide

**Finkenwalde b. Stettin.**

Heilanstalt für

**Nervenkranke, Morphinisten, Alkoholiker.**

(Psychosen ausgeschlossen.)

4 Gebäude. **Dr. Colla.**

## *Unter allen Mitteln,*

welche die **Stuhlfunktion bewirken** und die **Darmtätigkeit regulieren,** nehmen Apoth. „***Kanoldt's Tamarinden***" aus **Gotha** den ersten Platz mit ein.

***Namhafte Ärzte*** bestätigen die prompte und sichere Wirkung dieses **Laxativs** Konfitürenform gegen ***Verstopfung, trägen Stuhl*** und deren Folgen, wie ***Hämorrhoiden, Kongestionen, Leberleiden, Migräne*** usw.

In Schachteln (6 Stück) für 80 Pf., auch **lose** in Kartons à 50 und 100 Stück ***aus fast allen Apotheken zu beziehen.***

**Allein echt, wenn** von Apotheker **C. Kanoldt Nachfolger** in **Gotha.**

## Blankenburg (Harz)

Kuranstalt für Nervenleidende u. Erholungsbedürftige von

San.-Rat Dr. **Müller** u. San.-Rat Dr. **Rehm.**

Gegründet 1862 als die erste ihrer Art. ⁓ Großer alter Park.
Auch im Winter gut besucht.

## PRIVAT-HEIL-ANSTALT FÜR NERVEN- UND GEMÜTSKRANKE

**WOLTORF (Braunschweig).** **Fernsprecher, Amt Peine 288.**

**Ruhig gelegene Anstalt mit großem Park in waldreicher Umgebung ⁓ Zwei Häuser ⁓ Elektrisches Licht ⁓ Zentralheizung ⁓ Beschränkte Patientenzahl ⁓ Aufnahme von Pensionären ⁓ Monatspension 150—250 M. — Auskunft und Prospekte durch den leitenden Arzt**

**Dr. ALBER**

früher vieljähriger Assistenzarzt an der psychiatrischen Univ.-Klinik Gießen.

## W. SCHRÖTERS Erziehungsanstalt für geistig Zurückgebliebene

**Oppelstr. 44/44b. DRESDEN-N. Oppelstr. 44/44b.**

Aufnahme von Knaben und Mädchen — auch älteren —, welche infolge ihrer Schwächlichkeit und geringeren Begabung einer besonderen Behandlung in Pflege, Erziehung und Unterricht bedürfen. — Gärtnerei u. Handarbeitsunterricht.

Hausarzt: Nervenarzt **Dr. H. Böhmig.** Konsiliarius Hofrat Dr. **Ganser,** Oberarzt der

# Inhalt.

## Viertes Heft.

### Originalien.


Seite

Die Serodiagnostik in der Psychiatrie und Neurologie. Von Dr. *Stertz*, Breslau . . . . . 565

Über die phantastische Form des degenerativen Irreseins (Pseudologia phantastica). Von Dr. *Bernhard Risch*, Oberarzt auf dem Eichberg 576

Ein Fall von Fahnenflucht im hysterischen Dämmerzustande. Von Dr. *Gerlach*, Abt.-Arzt an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Hildesheim 640

Zur pathologischen Anatomie der Pellagra. Von Dr. *Hugo Lukács*, Assistent, und Dr. *Rudolf Fabinyi*, Oberarzt in Kolozsvàr . . . . . 657

Die forensische Bedeutung der dementia praecox. Von Dr. med. *Richard Sartorius*, Aplerbeck; früher Frankfurt a. M. . . . . 666


### Verhandlungen psychiatrischer Vereine.


XV. Versammlung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie zu Danzig am 29. Juni 1908. . . . . 685

Referat: Einweisung, Festhaltung und Entlassung von gemeingefährlichen bezw. nach § 51 StGB. freigesprochenen Geisteskranken in Anstalten. Von *Stoltenhoff*-Kortau . . . . . 687

Korreferat. Von *Puppe*-Königsberg . . . . . 689

*Tomaschny*-Treptow: Der Kopfschmerz bei der Dementia praecox . . 701

*Wallenberg*-Danzig: Die Bedeutung der Haubenkommissur der Flocculi 702


### Kleinere Mitteilungen.


2. Jahresversammlung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte . . . . 703

Entlarvung einer Simulantin. Von *Kornfeld* . . . . . 703

Nekrolog *Hubert Ulrich* . . . . . 704

Personalnachrichten . . . . . 707

UC San Francisco LIBRARY
UNIVERSITY OF CALIFORNIA

539053
3 1378 00539 0532
UC San Francisco LIBRARY
UNIVERSITY OF CALIFORNIA · UNIVERSITY OF CALIFORNIA